ANKARA VE İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ

ATOB-TOB SEÇKİSİ

NİSAN 1976 / SAYI 6 / YIL 1 / FİYATI 10 LİRA

DERLEYEN: AKİF AKALIN

ATOB – TOB SEÇKİSİ

Akif Akalın

ÇANAKKALE
2026

İÇİNDEKİLER

Önsöz

İş ve İşçi Sağlığı – Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu (Aralık 1975: 39 – 43)

İş ve İşçi Sağlığı 2 – Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu (Ocak 1976: 59 – 61)

Sosyalist Ülkelerde İşçi Sağlığı – Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu (Şubat 1976: 48 – 53)

Sağlık Herşeyden Önce Gelir – Nikolay İzmerov (Eylül 1976: 100 – 106)

Halk Sağlığının Sınıfsal Temelleri – Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu (Ocak 1976: 46 – 58)

Sağlık Sigortası Endüstrisi – Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu (Mart 1976: 42 – 48)

Şili'de Sağlık Hizmeti ve Sosyalizm – Çeviri (Haziran – Temmuz 1976: 78 – 90)

Sovyetler Birliği'nde Sağlık Planlamasının Teorisi – Çev. M. Çetin Duruk (Ağustos 1977: 39 – 47)

Nevzat Eren – Akif Akalın (İstanbul Tıp Fakültesi Toplumcu Tıp Seminerleri - 2012)

ÖNSÖZ

Bu seçki, 1975 – 1977 yılları arasında aylık olarak yayınlanan Ankara Tabip Odası Bülteni ve Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni sayılarından oluşturuldu.

Bülten önce 1975 yılında Ankara Tabip Odası Bülteni (ATOB) olarak yayınlanmaya başladı. İlk sayısı Ekim 1975'te çıkan bültenin "İlk Sayıda" başlıklı tanıtım yazısında, ATOB'un 3 bin adet basıldığı ve Ankara dışında Bursa, Diyarbakır ve Adana'da dağıtıldığı bilgisi yer alıyordu.

Tanıtım yazısında "ATOB[un] bir 'vaka takdimi' dergisi" olmayacağı belirtiliyor, fakat "[c]iddi araştırma ve derlemeler için her yazara sayfalarımız açıktır. Hele halkımızın diğer temel sorunlarının ayrılmaz yandaşı olan halk sağlığı, koruyucu hekimlik gibi konuların, hekimler ve halk arasında daha iyi anlaşılıp yaygınlaşmasını amaçlayan yazıların, bu dergide ayrı bir yeri olacaktır" deniyordu.

Derginin Şubat 1976'da yayınlanan 5. sayısında derginin ismi Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni (kısaca TOB) olarak değiştirildi. Derginin tanıtımında bu durum şöyle ifade ediliyordu:

> *Sağlık sorunlarının nedenlerine ve çözüm yollarına dünyaya aynı bakış açısıyla bakan iki oda, ötedenberi görüş ve çalışmalarını tek bir yayın organında odaklaştırmayı düşünmekte idiler. Öte yandan aynı görüşleri iki ayrı dergide işlemek, zaten kıt olan mali olanaklarımız ve masraflar açısından anlamsızdı. Bu bakımdan tek bir yayın organında birleşme gereğini duyduk.*

Bülten'in yaşamı Eylül – Ekim 1977'de yayınlanan 24 – 25. sayı ile son buldu. Okurlara Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) 26. Kongresi'nde alınan karar gereği Tabip Odaları yayınlarının "merkezileştirildiği", Bülten'in Kasım 1977'den itibaren TTB yayın organı olan "Toplum ve Hekim" adıyla yayın yaşamını sürdüreceği duyuruluyordu.

Yine son sayıda bir yazı kaleme alan TTB Merkez Kosneyi Başkanı Dr. Erdal Atabek de, TOB'un artık TTB çatısı altındaki "29 Tabip Odası'nın ortak yayın organı" olarak yaşamını sürdüreceğini duyuruyordu.

Kuşkusuz 1975 – 1977 ATOB – TOB sürecini, Türkiye'de bu yıllarda yükselen “sınıf” mücadelesi ve bu mücadeleyi bastırmak için sahaya inen faşist güçlere karşı yürütülen “anti-faşist” mücadele sürecinden ayrı ele almak olanaksızdır.

1960’lı yıllarda yükselmeye başlayan sınıf mücadelesi, DİSK’in kuruluşu, Türkiye İşçi Sınıfı'nın 15 – 16 Haziran şahlanışı ve bu şahlanışı gemlemeye çalışan 12 Mart süreçleri hekimler arasında “sınıf bilinci” oluşmaya başlamasına neden olmuş ve başta İstanbul olmak üzere Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlerde işçi sınıfının mücadelesinden etkilenen “toplumcu” hekimler yönetimlere gelmeye başlamıştır.

Bu yıllara kadar en büyük sosyal etkinlikleri 14 Mart “balosu” düzenlemek olan Tabip Odaları, 1976 yılından itibaren 14 Mart'ları “sağlık haftası” olarak ülkenin “sağlık sorunlarının” tartışıldığı bir platforma dönüştürmüştür. “Yolumuz işçi sınıfının yoludur” diyen TTB, 1 Mayıs’larda oluşturduğu görkemli kortejlerden, Türkiye’nin ilk Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi’nin düzenlenmesine kadar sınıf mücadelesinin her yerinde görülmeye başlamıştır.

ATOB'un yayına başlamasından birkaç ay önce Ankara Tabip Odası tarafından 1975 yılında düzenlenen “1. Halk Sağlığı Kurultayı”, serbest (özel) hekimliğin tamamen arz ve talep ilişkilerine dayalı bir düzende çalıştığını belirtiyor, “İnsan sağlığı ticaretin konusu olamaz. İnsan sağlığı, üzerinden gelir sağlanan, ticaret yapılan bir meta gibi düşünülemez. Bu nedenle ülkemizde sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesi zorunludur” diyordu.

Şüphesiz bu gelişmelerde daha önce İstanbul Tabip Odası yayın organı Hekim Forumu sayfalarında yayınlanan “Türkiye'de Hekimlerin Proleterleşme Süreci” başlıklı makalemizde detaylı bir şekilde tartıştığımız “hekimlerin proleterleştirilmesi” olgusunun büyük payı vardı.

1960'lı yıllara kadar büyük çoğunluğu özel muayenehanelerinde kendi hesabına “serbest hekimlik” yapan hekimler, gelirlerinin azalmaya başlamasıyla “pasif proleterleşme” sürecine girmiş, 1970'lerde de bunu hekimlerin “çoğunluğunun” kamu sektöründe “ücretli” olarak çalışmaya başladıkları “aktif proleterleşme” süreci izlemişti. Bu süreçler hekimleri “üst-orta” sınıf konumundan, “alt-orta” sınıf konumuna itiyor, hekimler arasında düzene karşı hoşnutsuzluk artıyordu.

Erdal Atabek'in "biz hekimlerin sınıfsal konumunu sağlık emekçisi olarak yeniden tanımladık" cümlesiyle özetlenebilecek bu süreç, TTB'nin hekimlerin "mesleki çıkarlarından" ziyade, halkın "sağlık hakkı" için mücadelesinde öne çıkıyor ve ATOB ve TOB sayılarına yansıyordu.

ATOB – TOB sayılarında devlet memurlarının maaşlarından kesilen MEYAK kesintileri ve ödenmeyen nöbet ücretleri gibi hekimlerin ekonomik – özlük haklarına ilişkin yazılar, Dr. Turhan Timuçin (ünlü "Hastane mi Kestane mi" oyununun yazarı) mizahi eleştirileri, Dr. İhsan Ünlüer'in karikatürleri yer alıyordu.

Bülten, Nusret Fişek'ten, Ayşe Baysal'a, Oğuz Kayaalp'e, Yaman Örs'e, Veli Lök'e, Nevzat Eren'e, Rahmi Dirican'a, Yavuz Aksu'ya, Sabiha Özgür'e, Server Tanilli'ye, Gündüz Vassaf'a, Erol Mavi'ye, Fikret Başkaya'ya, Aziz Nesin'e, Tahir Hatiboğlu'na, Halit Çelenk'e, daha nicelerine kadar çok geniş bir yelpazede ve çok renkli bir yazar kadrosunu bünyesinde toplamayı başarmıştı. Ayrıca bir kısmına bu seçkide yer verdiğimiz Komisyon çalışmaları da yine önemli isimler barındırıyordu.

Ben ATOB'un "son" sayılarına yetişebildim. Tıp fakültesine girdiğim yıl Bülten'in son sayıları yayınlanmıştı. Daha sonra Bülten'in devamı olan Toplum ve Hekim dergisinde yazılarımı yayınlama şansım oldu. Bir dönem Yayın Kurulu'nda da görev aldığım Toplum ve Hekim dergisi bugün de yayın yaşamını sürdürüyor.

Tabii son olarak 1970'li yıllarda ATOB ve TOB'da yazmanın çok ağır bedelleri olduğunu da hatırlatmak gerekiyor. Örneğin Dr. Turhan Temuçin, bişr öğrencinin üzerinde "ele geçirilen" reçetesi yüzünden gözaltına alınıyor, eşinin muayenehanesine bomba atılıyordu. Faşistler hekimlere gözdağı vermek için TTB Merkez Konseyi üyesi Sevinç Özgüner'i katlettiler. Daha sonra TTB, 12 Eylül 1980'de darbe yapan faşistler tarafından kapatıldı ve yöneticileri yargılandı.

ATOB ve TOB bültenlerinin Türkiye'de hekimler arasında "toplumcu tıp" anlayışının yaygınlaşmasında büyük katkıları olmuştur. Biz de bu seçkiyle Bültenlere emeği geçenleri saygıyla yad etmek istedik. ATOB ve TOB bültenlerinin geçmiş sayılarına Ankara Tabip Odası'nın internet sayfalarından erişilebilir:

https://www.ato.org.tr/ato-bulten-sayi-1-1975.html

Seçkinin sonuna ATOB ve TOB bültenlerinde büyük emeği bulunan Nevzat Eren hocamızı anmak için Toplumcu Tıp Seminerleri'nin hocamızı tanıtan bir yazısını ekledik. Bültenlerin yayınlandığı dönemde Ankara Tabip Odası'nda (ATO) "İlerici Hekim" hareketinin önderleri arasında yer alan Nevzat Eren hocamız, seçkideki ATO Halk Sağlığı Bürosu imzalı yazıların hazırlanmasında görev almıştır. Bu dönemde ATO Başkanlığı görevini de üstlenen Nevzat Eren hocamızı bu vesileyle bir kez daha anıyoruz.

Akif Akalın

Şubat 2026, Çanakkale

araştırma/derleme

İş ve işçi sağlığı

Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu

GİRİŞ

İşçi sağlığı konusuna girerken, her şeyden önce genel sağlık sorunu üzerinde durmamız gerekiyor.

Sağlık sorunu ilk insandan bu yana var olan, insanlık tarihi kadar eski bir so rundur. Hemen ilk insanla ortaya çıkan bu soruna tarihin değişik evrelerinde toplumsal değişme ve gelişmelerin, bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin paralelinde farklı çözüm önerileri getirilmiş ve uygulanmıştır.

Getirilen çözümlerin tümü de toplumsal gerçeklere dayandırılmaktadır. O kadar ki hukuk, din ahlak, eğitim, aile ve nihayet devletin kendisi, tüm bu toplum sal kurumlar, sağlık sorununun çözümlenmesinde kendilerini doğrudan ya da dolay lı olarak görevli sayıp, toplum için yararlı buldukları çözümleri yasalaştırmışlardır. Örneğin : Hastalıkların iyileştirilmesinde "tıp bilimi" dışındaki kaynaklara (büyücü, sihirbaz, üfürükçü, hoca) başvurma eğilimi, hasta kölelerin ölüme terkedilmesi, fuhuşun ahlâk yönünden mahkum edilmesi, sonradan devlet tarafından kontrol altına alınan (yasaklama değil) fuhuşun, kontrol dışı yapılanlarına yasak yaptırımların uygulanması, temizlik konusunda ailede, eğitimde, ahlâkta belirgin kuralların konulmuş olması, salgın hastalıklara karşı devletin, ailenin koyduğu yasalaştırılmış tedbirler v.b.

Bu örnekler daha da çoğaltılabilir. Ancak şu noktaya tekrar dikkat edilmelidir ki, sağlık sorununa getirilen çözümlerin, değişik toplum biçimlerinde üst yapıyı oluşturan kurumlarla ve bu kurumları belirleyen ekonomik yapılarla kesin ilişkisi vardır. Yazının daha ileriki bölümlerinde bu ilişkiler ayrıntıları ile incelenecektir.

Ancak buraya kadar çok genel çizgileri ile ortaya koyduğumuz, tıp biliminin sosyal bilimlerle olan ilişkisi bugün keşfedilen bir olgu değildir. Daha 1847' lerde Alman bilgini S. Neuman "Tıp aslında sosyal bir bilimdir, bu sanatı icra ederken, tıbbın sosyal bir bilim olduğunu göz önüne almazsak gayretlerimizden beklenen elde edemeyiz. " diyor. Daha sonraları A. Grotjahn bu konuya daha da açıklık getirmiş ve görüşlerini şöyle özetlemiştir.

1– Bir toplumda en çok görülen hastalık en önemli hastalıktır. Nadir görülen hastalıkların ya da komplikasyonların toplum yönünden önemi yoktur.

2– Hastalıkların oluşumunda ve yayılmasında biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal koşullar da rol oynar. Biyolojik faktörler aslında sosyal koşulların sonucu olabilir, dolayısıyla sosyal koşulları düzelterek, hastalıklar üzerinde etki yapmak mümkündür.

3– Bir kimsenin hasta oluşu sadece o ferdi ilgilendirmez. Hastalıkların ve hastaların, aileden başlayarak toplum üzerinde olumsuz etkileri vardır.

Bu noktadan sonra karşımıza, sosyal tıp ve halk sağlığı politikası kavramları çıkıyor.

1– Sosyal tıbbın görüş olarak, kapitalist ekonomik ilişkilerin hakim olduğu toplumlarda ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Bu bizi yanıltmamalıdır. Zira her toplum biçimi içinde, her planda (ekonomik, sosyal, kültürel v.b.) o toplumu belirleyen üretim ilişkilerine karşıt hareketlerin, görüşlerin, grupların ortaya çıkışı toplumun iç dinamiği tarafından belirlenen bir olgudur. Böyle bir olgu hakim üretim ilişkileri ile çeliştiği halde gene de onunla birlikte var olabilir. (Kapitalizm–İşçi sınıfı çelişkisi)

Nitekim sosyal tıp görüş olarak batının kapitalist ülkelerinden kaynaklandığı halde bu üretim ilişkileri içinde uygulanabilme olanağı yoktur. Sosyo ekonomik düzen ile bağdaşması söz konusu değildir.

İş ve işçi sağlığı konularını incelerken, hiç olmazsa genel çizgileri ile değinmemiz gereken sosyal tıp ve halk sağlığı politikası aslında, derinlemesine araştırılması ve tartışılması gereken başlı başına araştırma konularıdır.

Sosyal tıp herşeyden önce, tıp bilimindeki evrimin sonucudur. Tanımlamak gerekirse, toplumdaki tüm fertleri sosyal ve ekonomik çevreleri ile birlikte ele alır, ana rahmine düştükleri andan itibaren başlayarak tüm ömürleri boyunca sağlık yeteneklerini arttırıp en üst düzeyde sürdürmelerini sağlamaya çalışıp, fertlerin sadece hasta olduklarında değil, sağlıklı olduklarında da sorumluluk yüklenir. Çevreden fertlerin sağlıklarına gelebilecek zararlı etkilerin önlenmesi, her hangi bir hastalık ya da sakatlık durumunda ya da bunların sonuçlarına göre kişilerin en yüksek verimlilik düzeyi ile sosyal ekonomiye kazandırma çabası da sosyal tıbbın görevleri arasındadır.

Halk sağlığı politikası ise sosyal tıpta uygulama aracıdır. Sosyal tıp için nasıl tıp biliminin evriminin sonucudur diyorsak, halk sağlığı politikası içinde tıp biliminin uygulama yöntemindeki evrimin sonucudur diyebiliriz.

Halk sağlığı politikasının en belirleyici çizgisi tedavi hekimliği yerine, koruyucu hekimliği ön plâna almış olmasıdır. Tedavi edici hekimlik ile koruyucu hekimlik arasındaki temel fark ise, her ikisinin de farklı ekonomik görüşlerden ve yapılardan, daha açık deyişle kapitalist toplum ile sosyalist toplumdan kaynaklanmış olmasından ileri gelmektedir. Bu konunun da ayrıntılı incelenmesini daha sonraki bölümlere bırakıyoruz. Ancak şu kadarını belirtelim ki, kapitalist toplumdaki tıp uygulaması, yani tedavi edici hekimlik, diğer uygulamalar gibi kâra yönelmiştir. İlaç tüketimi, tıp ticareti yapan muayenehaneler, hastanın birkaç hekim tarafından ortaklaşa soyulması ve v.b. kâra yönelik bu uygulamanın bir kaç somut örneğidir.

Halk sağlığı politikasının önerdiği koruyucu hekimlik hizmetleri ise, herşeyden önce plânlı ve tüm kaynakları belirli bir konu üzerinde odaklaştırabilen, bir ekip çalışmasıdır. Ekip kişilerle değil kitle ile karşı karşıyadır. Bu durumda tıp ticareti yapılamayacağı gibi, hekimlerin artı değerden aldıkları "hizmet payı"da ortadan kalkmaktadır. Bu durum bazı hekimler için pek çekici olmayabilir. Ama ne var ki işin doğrusu da budur. Giriş bölümünde bu konunun da ayrıntılarına girmek gereksiz olacaktır. Bu konunun da ayrıntıları ile incelenmesini ileri ki bölümlere bırakarak şöyle bir özet yapalım :

1– Sağlık sorunu, tek başına, soyut olarak ele alınması olanaksız olan toplumsal bir sorundur. İçinde yaşanılan toplumun ekonomik koşulları ile bağlantılıdır.

2–Toplumun üretim ilişkileri açısından içinde bulunduğu aşamada, topluma egemen güçlerin ekonomik politikalarını yansıtan bir de sağlık politikaları vardır. (Ya da olmalıdır.) Bu politikada herhangi bir biçimde ekonomik politikalarını yansıtır. Sonuç olarak ta sınıfsal çıkarlarına hizmet eder.

3– Sağlık sorununun çözümlenmesi, her toplum biçimi için genel planda tüm toplumsal çelişkilerin, sorunların çözümlenmesi süreci içinde ele alınabilir.

İş ve işçi sağlığı konusu, bu incelemede yukarıda değinilen sistematik içinde bütünleştirilerek ele alınacaktır. Ayrıca bu girişe son söz olarak şunu da eklemek gerekir : Bir konunun verilerini toplayıp sorunu ortaya koymak yeterli değildir. Bu sadece bir gerçeğin tespitidir. Asıl önemli olan bu gerçeği kendi koşulları içinde yorumlayarak sorunun çözümüne ait doğru önerileri de getirebilmek ve uygulayabilmektir.

Ankara Tabib Odası bu görüşlerin ışığında, genel olarak halk sağlığı ve özel olarak ta, işçi sağlığı konusunda doğru bulduğu çözümleri gerçekleştirmek üzere, her türlü çabayı da gösterecektir.

ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞININ TARİHİ GELİŞİM İÇİNDE ELE ALINIŞI

İnsan sağlığı, özel olarak ta çalışanların sağlığı, tek başına toplumun gelişiminden soyutlanarak ele alınamaz. Toplumun milyonlarca yıl içinde geçirdiği evrim ve onun verdiği mücadeleler sosyolojik konumu içinde kendi sağlığının sorunlarını da beraberinde getirir. Başka bir deyişle toplumdaki üst yapı kurumları (din, ahlak, hukuk, eğitim, sağlık vs.) o toplumdaki hakim üretim ilişkilerinin yansımasıdır. Ondan ayrılmaz bir bütündür.

Amacımız insan toplumlarında, insan sağlığı hakkındaki ansiklopedik bilgilerden ziyade, sosyal gelişim içinde insanın yerini belirlemek ve araştırmak, sağlığına ölçüt olan üretim ilişkilerine ışık tutmaktır.

İLKEL KOMÜNAL DÖNEM

İnsanları hayvanlardan ayıran en önemli özellikleri, doğanın sunduğu ile yetinmeyip onları şekillendirmeleri ve sürekli olarak doğaya hakim olmaya çalışmalarıdır. Bu işlevi yürüten unsur ise tek başına insan olamaz. Üretim araçları ve insanın bizzat kendisi toplumun üretici güçlerini oluşturur. Üretimin ilerlemesi toplumsal yaşamın bir yasasıdır. Bu ilerleme nesnel bir etken olup, insanların kendi istek ve iradelerine bağlı değildir. Kökeninde yatan şey ihtiyaçların ve nüfusun artışıdır. Artan nüfus içinde ise sağlıklı ve çalışabilir kişiler en önemli yeri tutar. İnsanlar kendi üretici güçlerini seçmede özgür değildirler. Her kuşağa kendinden önceki kuşaktan belirli bir üretici güçler düzeyi miras kalır. Bu kuşak üretici güçlerin evrimi ile bu son üretim tarzını da eskitip yok edinceye kadar kendisine miras kalan ve belirli üretici güçler düzeyine uygun düşen bir üretim tarzının yasalarına boyun eğer.

İlk insanların iş aletlerini, bundan 700.000 yıl önce oluşturmaya başladıklarını söylersek, doğa karşısındaki geçmişi pek uzun sayılmaz. İnsanlar, oluştuğu günden başlayarak, kendi yaşamını ve sağlığını daha iyi koşullara yükseltmeye çalışmışlardır. Aletlerin yapımı, gıda bulmakta kolaylığı, ateşin kullanılması ise gıdalarından besleyici ve sağlığa yararlı hale gelmesini sağlıyordu. İlkel insanlar hakkın-

daki bilgilerimizin çoğu antropolokların çalışmalarına dayanır. Onların sağlık durumları, hastalıkları ve tedavi yöntemleri hakkındaki bilgilerimiz çok sınırlıdır. İlkel insanlar, ortak yaşamları gereği birlikte avlanırlar ve birlikte tüketirlerdi. Bu da çalışmanın toplumsal niteliği, üretim araçlarının ortak mülkiyeti ve maddi servetlerin bölüşülmesinde eşitliği gerektiriyordu. Bu düzene karşı herhangi bir davranış, toplumun birçok üyelerinin ölümü demek olacaktı. Çünkü elde edilen ürünler ancak hayati ihtiyaçları karşılamağa yetiyordu. İlkel komünal toplumda bu durum üyeler arasında, koşullar ve servet bakımından herhangi bir eşitsizlik olmayışını ve toplumun sosyal gruplara bölünmemiş olmasını sağlıyordu. Bu dönemde özel mülkiyet olanaksızdı ve insanların sağlığı herkesi eşit derecede ilgilendiriyor ve etkiliyordu. Örneğin bir salgın hastalıktan sonra yapılabilecek herşey toplumun tüm fertleri arasında fark gözetmeksizin yapılıyordu. Karantina tedbirleri ilkel insanlara kadar uzanan bir geçmişe sahiptir.

Insanların ok ve yayı buluşu, tarımın ve hayvancılığın gelişimi onları doğa karşısında eskisinden daha güçlü kılıyordu. Fakat bu doğa olaylarını açıklamaya yetmiyordu. Yerleşik aile düzenine geçiş toplumun gelişiminde önemli bir aşamadır. Artık küçük kentleşmeler oluşmaya başlamıştır. Bununla beraber topluluk doğa olayları karşısında, ölümü kendi kendilerine açıklayamadıklarından boş inanç ve hurafelerden gelme bir dehşet duyuyorlardı. Büyüler, kan alma gibi tıbbi sihirbazlıklar, haşlanmış bitki sularının kullanılması bilinen tedavi yöntemleridir. İlkel insanlar arasında et her zaman ve bol bulunan gıdalardan değildi. Beslenme daha çok apra, yulaf ve yabani otların oluşturduğu, lapadan sağlanıyordu. Bu tek yönlü beslenmeye bağlı olarak aneminin yaygınlığı, sağlık şartlarına uyamamak, hayvanlarla birlikte yaşam onlarda paraziter hastalıkların varlığını ortaya çıkarmıştır.

KÖLECİ TOPLUMDA HALK SAĞLIĞI

Emeğin üretkenliğinin artması, insan üzerindeki mülkiyeti; maddi servetlerin doğrudan doğruya üreticisi üzerindeki mülkiyetini ortaya çıkarmıştır. Her bireyin ancak açlıktan ölmemek için en zorunlu olarak üretebildiği zamanlarda, insanın insan tarafından sömürülmesi olanaksızdı. Bu yüzden savaş tutsakları hemen her zaman öldürülmekteydiler. Yalnız topluluk insan sayısını artırmakta yarar buluyorsa o zaman tutsakları topluluğa kabul ediyor ve onlara ötekilerle eşit haklar veriyordu. Ama emeğin üretkenliğindeki gelişme bu duruma son verdi. Çünkü tutsak şimdi kendi tükettiğinden daha fazla değer üretiyordu. Böylece ilkel komünal toplumun temel ilkelerinden biri yani topluluğun bütün üyelerinin ortaklaşa ve kardeşçe çalışmaları ilkesi geçersiz hale geliyordu. Özgür üreticilerin yanında, çalışması kendi öz ihtiyaçlarını karşılamayı değil, başkasının yararına bir artı-ürün yaratmayı hedef tutan köle emeğinin ortaya çıktığı görülüyor, kölelerin kendisi ve emeği birer zenginlik kaynağı haline geliyordu. Giderek köleci toplumda iş ve çalışma özgür kişiler arasında lanetlenmiş, çalışma esirlere ve kölelere ait bir eylem olarak kabul edilmişti. Mekanik konusunda yeni gelişmeleri yapmaya dahi bilginler sadece bu lanetlemeden dolayı girişemiyor, bu hal zamanla bilimin gelişimini engeller bir hal alıyordu.

Köleci dönemden günümüze kadar ayakta kalan bütün büyüklü küçüklü eserler kölelerin omuzları üzerinde kurulmuş ve insanlık dışı en ağır işlerde çalışmalarına rağmen onların en doğal hakları olan yaşama hakkı bile efendilerinin emirlerine bağlanmıştır. Salgın hastalıklar genellikle kökeler arasında çıkardı. Veba nedeni ile ateşe verilen ve içindeki köle, çocuk, kadın topyekün hepsinin yakıldığı şehirler tarihte az rastlanmayan olaylardandır. Ağır işler nedeni ile köleler arasında eklem hastalıkları -Spondülos- , kronik hastalıklar, salgın hastalıklar en sık görülenlerindendi. Tedavi yöntemi ise genellikle şifalı otlar, büyük ve tanrılara dua en önemlisi ise hasta kölelerin öldürülmesi idi.

FEODAL DÖNEM

Kölelerin sayıca artması bir yandan efendilerinin servetini artırırken bir yandan da insanlık dışı uygulamalar karşısında duydukları özgürlük özlemlerini dile getiren köle isyanlarını güncel olaylar arasına sokuyordu. Bir yandan emeğin gücü ve yarattığı servet artarken efendilerinin isyanlar karşısındaki tutumları onlara sosyal ve ekonomik bakımdan bazı sınırlı özgürlükler vermeye zorluyordu. Çoğu özgür köylü, senyörler tarafından bağımlı duruma getiriliyordu. Üretilen her şey köylü emeğinin sonucu idi. Bu ürün üç kısımda değerlendirilebilir.

1- Senyörün kendisine mal ettiği kısım

2- Köylünün ve ailesinin yaşaması için gerekli olan kısım

3- Köylü emeğinin verimliliğinin yükselmesi sonucunda, yaşaması için gerekli olan asgari miktardan fazla olarak elde edebildiği ortak ürünün bir kısmı.

Feodal dönemde tüm üretimin nesnel amacı, gelirin senyörlere ödenmesi idi. Feodaller sıksık en gerekli şeylerini bile çekip alıyor ve köylüleri yoksulluğa mahkum ediyorlardı. Bazı ülkelerde köylü ilk gece hakkını senyöre vermek veya karşılığında para veya zahire vermek zorunda bile bırakılıyordu. Düzene karşı kıpırdanmaların oluştuğu toplumlarda, onları sosyal olaylardan uzaklaştırmanın daha açık bir deyimle afyon ve haşhaşla uyutmanın yolları Çin'de olduğu gibi deneniyordu.

Niteliği göz önünde tutulursa feodal üretim tarzı hernekadar köleci üretim gibi çalışan çoğunluğun egemen azınlık tarafından sömürülmesine dayanıyorsa da ondan daha ilerici idi. Serflerin kölelerin aksine aileleri ve kendilerine ait küçük bir ekonomik uğraşıları vardı. Bunun için de emeğinin geleceğine karşı ilgi duyuyordu. Ülkeler arası ticaretin gelişimi hastalıkların biryerden diğerine daha kolay bulaşmasını sağlıyordu. Bu nedenle hastalık çıkan gemiler limana sokulmuyordu. Cüzzamlı hastalar için özel tecrit yerleri oluşturuluyordu. Üst yapı kurumlarında din adamları hala önemli yerlerini koruyorlar, bir yandan da gerçek anlamda tıbbi uygulama adımları atılıyordu. Anatomi, bioloji ve fizikte yapılan çalışmalar yeni kurulan kültür merkezlerinde yerleşmiş sınıfsal değer yargılarının aksine ilerliyordu.

Artık yükselen kapitalizm, makine kullanmak seviyesine gelmiş insan emeğini daha organize ve daha akıllıca sömürme gereğini duymaya başladı. Modern tıbbın gelişimi bundan böyle, bu ereğin de gerekliliğini gözönüne alarak, bireysel tedavi yöntemlerinin yanı sıra artık kitleyi gözeten bir koruyucu hekimliği de gündemine almıştır. Yalnız bu konuda kapitalizmin arzuladığı gelişim, işçi kuruluşları tarafından zorlanan ve kontrol edilmeye çalışılan boyutlara ulaşacaktır.

DEVAM EDECEK

İş ve işçi sağlığı

Ankara Tabip Odası Halk Sağlık Bürosu

Kapitalist Toplumda

Makinanın gücü sanayide kullanılmazdan önce, işçiler küçük sanayi ünitelerinde, onar yirmişer kişilik gruplar halinde çalışıyorlardı. Özellikle İngiltere'de yaygın boyutlara ulaşmış olan el tezgâhlarında, dokumacılıkta erkeklerin yanı sıra daha düşük ücretlerle kadın ve çocukların da çalıştırıldığı görülmektedir.

Prekapitalist dönem olarak adlandırılan bu dönemde, işçi sınıfının güçsüz ve örgütsüz oluşu belirleyici bir niteliktir. Bu dönemde işçi sağlığı diye bir sorun yoktur. İşveren herşeyin üstünde kendi kârını düşünmektedir. İşyeri sağlık şartları aklın almayacağı kadar kötüdür. Özellikle çocuk işçilerin durumunu ayrıca incelememiz, bu dönemdeki işçi sağlığı konusunu aydınlatacaktır.

İngilterede 1563'de onaylanan çıraklık kanununa göre çırak ustasının evinde yaşamak, ücretsiz hizmetçi olmak, ustanın emirlerine kesinlikle uymak, tüm zamanını ve enerjisini ustasına vermekle yükümlüdür.

Genellikle çırak yedi senelik bir kontratla bu sorumlulukları üslenirdi. Böylece yasalaştırılmış olan çıraklık, ucuz işçi sağlamanın bir yolu olarak ta incelenebilir. Daha sonra bu kurum endüstri devrimi koşullarına uymadığından ortadan kalkmıştır. Makinalaşmaya geçiş süreci içinde yok olan bu kurum, çocuk işçilerin daha değişik koşullarda, daha da fazla sömürülmesine yeni bir kapı açacaktır. Yeni kurulmaya başlayan fabrikalar önünde bekleşen işsiz erkeklerin yerine çocuk ve kadınlar işe alınmışlardır. Günde hiçbir şekilde onsekiz saatin altına düşmeyen bu yeni koşullarda, ödenen ücret de erkek işçilere göre çok azdır.

Böylece çocuk işçi ticareti yapanlar türemiş, yoksul çocukların patronlara satılışı sık görülen olayların arasına girmiştir. Bu çocukların hiç bir güvenceleri, yasal garantileri yoktur. Çok kalabalık barakalarda, ileri derecede uygunsuz sağlık koşulları altında yaşamaktadırlar. Tifüs gibi bulaşıcı hastalıklar çok yaygındır. Oyle ki, bu hastalığın adına o zamanlar "fabrika ateşi" denmektedir.

Kadınların durumu da, çocuklardan farksızdır. Çalışmaları, onaltı saatin altına hiçbir şekilde inmemekte, genel olarak işçilerin beslenmeleri de kötü koşullar altında harcanan enerjiyi sağlamaktan çok uzak olmaktadır. Bu koşullar altında oluşan iş kazalarında işçiye ve ailesine ufak bir yardım yapılmamakta, işçinin geleceğini güven altına alacak en ufak bir sosyal güvenlik kuruluşunun olmayışı da dikkati çekmektedir.

Bu durumda hastalanan işçinin gelişmekte olan modern tıptan hiçbir şekilde nasibini alamamış olması da şaşırtıcı değildir. Hasta işçi, sağlık hizmetlerini bilimsel tıp dışı ve feodal dönemden arta kalan kaynaklardan satın alabilmektedir. Bu koşulların sonucu genç ölümleri artmakta, sakatlıklar ve özellikle ailede babanın sakat kalması yada ölmesi sonucunda ailelerin dağılmalarına yol açan etkenler ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde işçi kesiminde yaş ortalamasının otuz olması yaşam koşullarını belirleyen önemli bir göstergedir.

17.ci YY dan 18.ci YY'la geçişte Batı toplumlarını belirleyen genel karekteristiklerin bir bölümü: ticaretin artması, endüstriye makinanın girmesi, bunun sonucunda işçilikte uzmanlaşmanın artması olarak gösterilebilir.

Teknolojide yeniliklerin, örneğin buhar makinasının (1871 de bulunmuştur.) Önce metal, sonra da dokuma fabrikalarında kullanılmaya başlaması ile işverenlerin kullandığı işçi sayısı ve işçilere ödenen ücretlerde bir azalma görülmektedir. Oysa el tezgahlarının önemi kalmadığından kapanmaları sonucu işsiz işçi sayısı çok büyük boyutlara ulaşmıştır. Gene bu yeni makinaların kullanılmaya başlanması sıklıkla başkaldırılara yol açmaktadır.

Oldukça kanlı bir biçimde bastırılan bu başkaldırılar sonucu Chartizm denilen güçlü bir işçi sınıfı hareketi doğmuştur. Ücretlerin arttırılması, daha iyi çalışma koşulları, genel oy hakkı ve bunun gibi işçilerin yaşamını sürdürebilmeleri için askeri düzeydeki bu talepler, yüzbinlerce imzalı bir dilekçe ile parlamentoya gönderilmiş ve sonuçsuz kalmıştır. Askeri düzeydeki bu isteklerin işvereni rahatsız ederek reddedilmesi işçi sınıfı bilincinin ve örgütlenmesinin gelişmesinde yeni ufuklar açacaktır. 18. YY'lın sonlarından itibaren hızlanan işçi sınıfı hareketi 1830 ve 1848 devrimlerinde doruk noktasına ulaşmıştır. Bu dönemde işin ilginç yanı, işçi sınıfı öğretisi olan sosyalizm, henüz kitaplara ve yazıya dökülmediği bir dönem olmasına rağmen işçi sınıfının örgütlü mücadelesinin başladığı görülmektedir. Demek ki işçi sınıfının bilimi, onun ortaya çıkışı ile birlikte dialektik bir işlerlik kazanmaktadır. İşte bu işlerlik içinde işçilerin artık iktidar talebi de ortaya çıkmaktadır. 1872 PARİS KOMÜNÜ bu talebin somut sonucudur.

Makina devriminden başlayarak değişik zamanlarda işçilerin örgütlü mücadeleleri, kendilerine bir takım sosyal ve ekonomik güvenceler sağlamıştır. Oldukça yetersiz olan bu güvencelerin en önemli nitelikleri, işveren tarafından lütfedilmeleri yerine işçilerin mücadeleleri sonunda koparılarak alınmış olmalarıdır. Örneğin 1802 de çocuk işçilerin günde en çok oniki saat çalışmaları, gece çalışmamaları, fabrika duvarlarının yılda iki kez yıkanması zorunluluğu yasallaşmıştır. 1819 da dokuz yaşında küçük çocukların fabrikalarda çalıştırılması yasaklanmıştır. Tüm işçilerin çalışma saatlerinini on saate indirilmesi için 1830'dan 1847'ye kadar uzun ve korkunç bir mücadele verilmiştir. 1830 yıllarında işçi çocukların kemiklerinde deformitelerin oluştuğu, maden işçilerinde veremin sıklıkla rastlandığı, sırlı çömlek yapanlarda kronik kurşun zehirlenmesi olduğu bilinmektedir.

İngiltere'de işçilerin mücadeleleri sonucunda, 1833'te çıkarılan yasalarla onsekiz yaşından küçüklerin çalıştırılması günde on iki, haftada altmış dokuz saatten faza çalıştırılmaları, dokuz yaşının altındaki çocukların çalıştırılmaları yasaklandı. Fabrika müfettişliği zorunlu kılındı. Daha sonra fabrika müfettişleri fabrikalara doktor atamaya da başladılar. 1847'de yine ingiltere'de çıkarılan bir yasa ile, kadınların ve gençlerin günde on, haftada ellisekiz saatten fazla çalıştırılmaları yasaklandı.

Çoğu zaman yerel fabrikalarda farklı olarak uygulanan bu kazanılmış haklar, tüm işçileri kapsamıyordu. Ancak işçilerin bilinçli ve örgütlü mücadeleleri sonucu sağlıkları ve yaşam koşulları ile ilgili istekleri zorunlu olarak burjuvazinin dikkatini çekmiş, işçi sağlığı ile uğraşacak bazı hayır dernekleri biçiminde örgütlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu dernekler aralarında örgütlenerek işçi sağlığı ile ilgili bakımevleri ve hastaneleri geliştirmeye başlamışlardır.

Başlangıçta tedavi edici hizmetlerin ağır bastığı bu derneklerde, işçiye götürülen hizmetlerin pahalılığı dikkati çekmiş. Ekonomik tasarruf açısından koruyucu hizmetlere yönelmek gereği duyulmuştur.

Ancak işçi sağlığı sorunu büyük ölçüde çözümlenmiş değildir. Dokuma dışındaki endüstrilerde hala çok fazla sayıda ve çok küçük çocuklar çalıştırılmaktadır. Kibrit endüstrisinde çalışanların çoğu genç kız ve kadındır. Kibrit yapımında kullanılan beyaz fosfor, fosforlu çene denilen korkunç bir hastalığa neden olmaktadır. Kana geçen fosfor çene kemiğine yerleşmekte ve çeneler mikrop kaparak Osteomyelite yol açmaktadır. Dayanılmaz ağrılar, çeneden dışarı çıkan iğrenç kokulu bir akıntı, yüz deformasyonu bu hastalığın belirgin özellikleridir. Oysa çok daha önceleri aynı işte kullanılabilecek ve tamamen zararsız olan kırmızı fosforun bulunması, burjuvaziyi karından daha fazla ilgilendirmemektedir. Kağıt ve kumaşların boyanmasında kullanılan, bakırın arsenik birleşimleri hem işçilerde hem de bu kağıt ve kumaşı kullananlarda kronik arsenik zehirlenmeleri ortaya çıkarmakta ise de, bu da burjuvaziyi tatlı karlarından döndürememektedir.

Bu örnekleri uzatmak mümkündür. Ancak daha özel bir durum olan maden işçilerinin sağlık durumu ve çalışma koşulları üzerinde ayrıca durmak istiyoruz. Herşeyden önce dokuz yaşından küçük çocukların çalıştırılmasını, günde on iki saaten fazla çalışmayı yasaklayan ve diğer bazı işlerleri için geçerli olan yasa madencilik alanını kapsamamaktadır. Dolayısıyla beş, altı yedi yaşlarındaki çocuklar bile madenlere indirilmekte, küçük bir kovukta ellerinde galerileri havalandırma ipi, on iki saat çalıştırılmaktadır. Atların geçemeyeceği kadar dar ve alçak galerilerde kömür vagonlarını çekmek, ayakları suya gömülü durumda madenin dibinde on iki saat ayakta su pompalamak, madenlerde çalışan çocuk işçilerin başlıca görevlerindendir hemen hemen çıplak durumdaki kadınlar bir at gibi kömür vagonlarına çekmektedir. Madenciler atölyelerin kapanması ile işsiz kalan ve bu büyük tehlikelere atılabilecek çocuk işçileri rahatlıkla bulabilmektedirler. Genellikle on iki senelik bir kontratla işe bağlanan bu çocuklar, çalışmak istemezler ise, yargıç kararı ile hapsedilebilmektedirler.

1840'larda özellikle kadın ve çocuk işçiler için çok ağır olan çalışma koşulları yeniden düzenlenerek, kadın ve kızların madenlere inmeleri yasaklandı ise de, on yaşının üzerindeki çocukların madene inebilecekleri yasa ile belirlenmiştir. Maden işcilerinin çalışma koşullarında yeni düzenlemeler, mücadeleleri sonucunda 1850 ile 1911 arasında çıkarılan yedi yasa ile parça parça koparılarak sağlanmıştır.

18.YY'lın sonlarına doğru daha önce varlığını ve ortaya çıkış nedeni belirttiğimiz işçilerin sağlığı ile uğraşan hayır dernekleri her yönü ile yetersiz kalmıştır. İşçiler kısa dönemde rahatlamakla birlikte zaman geçtikçe bu çözümün nekadar yüzeysel olduğunun farkına varmışlar. Hayır dernekleri aracılığı ile yapılan hizmetlerin yetersizliğini ve onur kırıcılığını görmüşlerdir. işçi örgütleri, sendikalar partiler daha disiplinli ve örgütlü somut taleplerle ortaya çıktığından burjuvazi işçi sağlığı konusunu artık hayır kurumları boyutlarında değil, daha geniş ölçülerde ele alınması gerektiğini anlamak zorunda kalmıştır. Bu olguların sonucu kapitalist ülkelerde sağlık sigortası sisteminin ortaya çıkışını görmekteyiz. Burjuvazinin bu ödünü de işçi sınıfının mücadelesi sonucunda sağlanmıştır. İşçinin sosyal güvenliği için kurulmuş bulunan sigorta sisteminin bir yerde yine burjuvazi denetimi altında işleyebildiği görülmektedir. Öte yandan işçi sınıfı artık görmüştür ki, sorunlarının çözümü belirli isteklerinin zaman zaman karşılanması ile değil ancak kendi sahibi olduğu bir iktidarla mümkün olabilecektir. Sağlık sorunu da işte böyle bir bütünlük içinde tümden çözümlenebilir.

DEVAM EDECEK

Sosyalist ülkelerde işçi Sağlığı

ANKARA TABİP ODASI HALK SAĞLIĞI BÜROSU

S.S.C.B.'inde işçi sağlığı uygulaması

Devrim öncesi Rusya'da endüstrideki sağlık servisleri çok ilkel bir temele dayanıyordu. Bazen Çarlık yönetimi sağlık servislerinde düzeltmeler yapmak için girişimlerde bulunurdu. Fakat bu girişimler, kitlelerden gelen ilerici mücadele baskısıyla oluyordu. Kolera salgını sırasında ortaya çıkan ve «Kolera isyancıları» olarak nitelendirilen örgütler, Çarlık yönetimini 1876 Ağustosunda bir yasa çıkarmaya zorladılar. Bu yasaya göre fabrikalarda çalışan işçiler işverenler hesabına hastahanelerde tedavi edileceklerdi. 1912'de gelişen ilerici mücadele baskısıyla, Çarlık yönetimi sosyal güvenlik ve hastahane yönetimi için bir yasa çıkarttı. Bu sadece işçilerin beşte birine uygulandı. Sosyal Sigorta ücretlerinin beşte üçü işçi maaşlarından, beşte ikisi işverenden alınıyordu.

Ekim Devrimi ile işçilerin sağlık sorunlarına yeni bir bakış açısı getirildi. Sovyet sağlık servislerinin gelişmesini incelerken ve özellikle işçi sağlığı uygulamasını anlatırken, işçi sağlığının halk sağlığından ayrılmaz bir bütün olduğunu ve uygulamanın hükümet tarafından ülke koşullarına uygun bir biçimde politik ve ekonomik sorunlarından ayrılmaz bir bütün içinde yapıldığını belirtmek gereklidir.

Devrim öncesi işçi sağlığı sorunları olarak çalışma gününün sekiz saate indirilmesi, tehlikeli ve zararlı işlerde çalışanların dört ya da altı saat çalışması, işçiler için mecburi sigorta uygulaması, sağlık servislerinin serbest çalışmaları, çocuk işçilerin çalıştırılmaması, yetişkinlerin çalışma saatlerinin kısıtlanması, kadın işçilerin organizmalarına zararlı her çeşit üretimde çalıştırılmasının yasaklanması gibi istekler söz konusu idi. Ekim Devriminden sonra bu istekler yayıldı ve daha kesin şekle girdi, Parti programına dahil edildi, Sovyet hükümeti tarafından çıkarılan çeşitli yasalarla ifadesini buldu. Bunlar, sağlık sisteminin üzerine kurulduğu politik ve teorik temeli oluşturuyordu. 1918'de Halk Sağlığı Ünitelerinin kurulması, 1919'da tüm sağlık enstitülerinin bunlara bağlanması ile endüstriyel kesimde çalışan işçilerin sağlık sorunları ile ilgili kuruluş gerçekleştirildi.

Sovyetler Birliği kendi ulusal ekonomisini temellendirmeye başlayınca sağlık otoriteleri Birinci Dünya Savaşı ve iç savaşın sağlığa zararlı koşullarını yok etmeğe, yaşamı ve çalışmayı daha sağlıklı bir hale getirecek koruyucu sağlık tedbirleri almaya ve işçilere hizmet eden sağlık servisleri kurmaya yöneldiler. Günün koşullarına göre endüstri üretim bölgelerinde İlk Yardım İstasyonları kuruldu. Bu istasyonlar 500 kişiden fazla işçi çalıştıran endüstri kesimlerinde kurulmuştu. Bunlar koruyucu sağlık hizmetlerini yükümlendiler ve belli oranda tedavi edici sağlık hizmetleri gördüler. İlk Yardım İstasyonu sisteminin kurulmasını hızlandırmak için, sendikaların büyük yardımları oldu. Giderek bu istasyonların sayısı büyük bir hızla arttı. 1924'de 624, 1925'de 809, 1926'da 1061 tane istasyon kuruldu. 1928'de endüstri ünitelerinin % 85'inde ilk yardım istasyonu kurulmuştu ve bunların % 40'nda doktor çalışıyordu. Bu süratli artış yine de endüstrinin gelişmesine ayak uyduramıyordu. Yeni atılımlar planlandı. 1928'de 1942 ve 1932'de 6139 ilk yardım istasyonu kuruldu. Bu istasyonlar uzman doktor ve feldscher (doktor yardımcısı) tarafından yönetiliyordu. İlk yardım istasyonlarının endüstride yerleşmesi işçi sınıfı arasında ölüm ve kaza oranlarının azalmasını sağladı. Cerrahların ilk yardım istasyonlarına bağlı çalışmaları sağlık servisleriyle aradaki bağları kuvvetlendirdi.

İkinci Dünya Savaşı sırasında işçilere gelişmiş sağlık servisleri gerekli hale geldi. Bu dönemde sağlık servisleri şu organizasyona göre kuruldu:

I — Fabrikalarda sağlık odaları,

II — Doktorlar ve feldscher'ler tarafından yönetilen sağlık istasyonları,

III — Şehirler düzeyinde geniş sağlık servisleri

Bu örgütlenme Halk Sağlığı otoritelerinin buralarda çalışan işçiler için daha geniş ve yaygın sağlık servisleri düzenlemelerini gerektirdi. Sağlık merkezleri genişletildi ve buralarda daha fazla sağlık personeli verildi. Çeşitli tıbbi araçlarla da takviye edildi. Sağlık hizmetinde klinik ve poliklinik sistemi geliştirildi. Bu da işyeri şartlarını daha sağlıklı yapma ve hastalık ile kaza oranında azalma için fabrika ile sağlık servisi arasındaki organik bağların kuvvetlenmesini sağladı. Endüstri işçilerine tıbbi yardım sağlamada yeni tip tedavi edici ve koruyucu üniteler kuruldu. Tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin organizasyonu ile Sovyet endüstrisi, iyi organize edilmiş ve bilimsel temele dayanan tıbbi ve epildemioloji servisi yaratmış oldu.

Tıbbi ve epidemioloji servisi sayısı: 1946'da 430, 1951'de 725, 1956'da 964, 1961'de 1063 ve 1965'te 1195'e ulaştı.

1965'de diş doktorları hariç, tıbbın çeşitli dallarında çalışan 47.364 doktor bulunuyordu. Fabrikalardaki sağlık servislerinde çalışan tıp personelinin sayısı önceleri % 24, son senelerde % 84,5 dur. 1956'da 964, 1961'de 1063 ve 1965'te 1195'e ulaştı.

Sağlık personelinin şeması :

	1940	1950	1960	1965
Total sağlık istasyon sayısı	8261	13290	25682	29357
Doktor sayısı	3206	5435	7877	15425
Feldscher sayısı	5055	7855	17805	23532

Sovyetlerde işçi sağlığı ile ilgili koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin düzenlenmesinde aşağıdaki yöntemler kullanılmaktadır :

1 — İşçiler arasında ölümün planlı olarak azaltılması ile ilgili çalışmalar.

2 — İşçi sağlığının incelenmesi ve çalışma ortamında işçiyi etkileyen faktörler ile birlikte yaşam koşullarının değerlendirilmesi,

3 — Üretim tipinin ve çalışma ortamının epidemioloijk ve hijyenik incelenmesi. Fizyolojik ve pisikolojik gereksinmelerin yeterli olup olmadığının kontrolü.

4 — İşçilerin tıbbi olarak sağlık durumlarına göre iş seçmesine rehberlik.

5 — Acil hastalık ve kaza durumlarında acil müdahale. Bu da kendi kendine yardım ve karşılıklı yardım organizasyonu ile olur.

6 — Acil hastalınlardan, şikayet eden işçilerin tedavisi. Çeşitli işçi gruplarının takip edilen tahlilleri ve kronik hastaların tedavisi.

7 — İşe uyumsuz olanların saptanması ve hijyen yönünden eğitimi.

8 — Evde ve işyerinde planlı epidemik kontrol ve koruyucu hizmetlerin yürütülmesi.

Sovyetler Birliğinde 1965'de gayri safi ulusal gelir 190 milyar ruble, sağlık harcamaları ise 7 milyar ruble yani ulusal gelirin yüzde dördü idi.. 1972'de 9,7 milyar ruble sağlığa harcandı.

Sovyetler Birliği anayasasının 120. maddesi aynen şöyle der :

«Her S.S.C.B. vatandaşı hastalık, sakatlık ve yaşlılık hallerinde bakılma ve tedavi edilme hakkına sahiptir. Bu hak Devlet tarafından her kesin ayağına sağlık hizmetlerinin ücretsiz götürülmesi ile; endüstri, büro ve meslek işçilerinin her türlü sosyal sigortalarının devletçe ödenmesi ile ve çalışan halk için geniş bir hastane — dispanser ağı kurulmasıyla garanti altına alınır.»

Tedavi ne kadar uzun sürerse sürsün ücretsizdir. Koruyucu hizmetler, konsültasyonlar, laboratuar incelemeleri. hastaneye yatırmalar en komplike ameliyatlar tamamen ücretsizdir.

Sosyal güvenliği sağlamak devletin görevidir. Buna göre:

1 — 55 yaşın üzerindeki kadınlara ve altmış yaş üzerindeki erkeklere emeklilik aylığı bağlanır. Tehlikeli işlerde (madenlerde) çalışanlara emekli aylığı daha da erken (5 — 10 yıl önce) bağlanır. Emeklilik aylığı ortalama ücretin % 50 — % 100'ü kadardır. 5 çocuklu ve çocuklarını 8 yaşına getirmiş kadınlar 50 yaşında emekli olurlar. Emeklilik yaşına varıp ta çalışmaya devam etmek isteyenler hem maaşlarını, hem de emeklilik maaşlarının % 50'sini alırlar.

2 — Hastalar, hastalıkları sırasında çalışma sicillerine bağlı olarak ücretlerinin % 50 — % 100 ünü alırlar.

3 — Hamile kadınlara doğumdan önce 56 gün, doğumdan sonra 56 gün olmak üzere 112 gün ücretli izin verilir. Hamileler gece çalıştırılamaz ve gündüz çalıştırılanlarda ücretleri azaltılmadan hafif işlere nakledilirler. İkiz doğum veya komplike doğum hallerinde doğum sonrası izin 70 güne çıkarılır. Emziren annelere gündüzleri eve gitmeleri için ücretli izin verilir.

4 — Dinlenme ve tatil evlerinin masrafları büyük ölçüde devletçe karşılanır. 1972'de on milyon işçi, tatillerini dinlenme evlerinde geçirmişler ve bunlardan 7 milyonu ücretsiz veya % 70 indirimli olarak bu haktan yararlanmıştır. Bu % 70'i sendikalar öder. Hükümetin fabrika ve büro işçileri için ayırdığı sosyal yardım fonu sendikalarca kullanılır. 1972'de bu miktar 20 milyar ruble idi. 4 kişilik bir ailenin sağlık hizmetleri için yılda 200 ruble ödenir. (3000 TL. kadar)

1896'da ortalama yaşam süresi 32 yıl iken 1965'de 70 yıla çıkmıştır. 1913'de ölüm oranı binde 29,1 idi, bu oran 1966'da binde 7.3 olmuştur. Çocuk ölümleri ise Çarlık Rusya'ya oranla 1/12 düşmüştür. Devrimden önce kitle halinde ölümlere yol açan kolera, veba, çiçek, tifüs ve sıtmanın kökü tamamen kazınmıştır. Çocuk felci ve difteri tükenmek üzeredir. Verem, malta humması ve diğer bulaşıcı hastalıklar azalmaya devam etmektedir.

Sovyetler Birliğinde 830 bin doktor 3 milyon hastahane yatağı, 22 binden fazla kadın konsültasyon merkezi bulunur.

Sovyet Sağlık sisteminin temelleri şunlardır:

1 — Salgın hastalıklarla savaş

2 — Ana-çocuk sağlığı

3 — İşçilerin ve çiftçilerin sağlığını korumak

4 — Meslek hastalıkları ve tehlikeleriyle savaş

5 — Tüberküloz, kanser vb. hastalıkların erken tanısı

6 — Halkın sağlık eğitimi.

Sağlığı koruma hizmetleri iş yeri sağlık koşullarının düzeltilmesi, sağlık mühendisliği, çevre kirliliğini önleme, büyük ölçüde yeni apartmanlar yapılması, dinlenme evleri ve spor merkezlerinin yaygınlaştırılması ile entegre edilmiştir. Bütün medikal ve paramedikal personel zamanlarının bir kısmını halkın sağlık eğitimi için harcarlar. Milli Eğitim Bakanlığıda sağlık eğitiminde rol alır.

Endüstride sağlık servisleri şu şekilde düzenlenmiştir: 3 binden fazla (kömür, maden, kimya, petrol endüstrisinde çalışanlarda 2 bin) işçi çalıştıran fabrikalarda bir tıp ünitesi, 3000 — 300 işçi çalıştıran fabrikalarda bir sağlık odası bulunur.

Bir tıp ünitesinde şunlar bulunur: Bir kabul odası, bir hastahane, bir poliklinik, bir profilactarium veya gece sanatoryumu (hasta işçinin kalıp tedavisinin yapılabileceği ve geceyi geçirebileceği bir yer), bir bebek bakımevi, bir ana okulu, bir diyet mutfağı (doktorun vereceği özel diyetleri sağlamak için).

Tıp ünitelerinde her 2000 işçi için bir doktor bulunur. Kimya, kömür, maden ve petrol rafineri endüstrilerinde 1000 işçiye bir doktor verilir. Tıp ünitesi bütün işçilerin ve ailelerin sağlığı ile ilgilendiği gibi, bazen o bölgedeki diğer vatandaşlara da sağlık hizmeti verir. Madenlerin içinde yirmidört saat açık kalan tıp üniteleri kurulmuştur.

Sovyetler Birliğinde hastalıklar toplam çalışma süresinin % 32'sinde devamsızlık nedeni olmaktadır. Bu sayı halen yüksek sayılmakta ve koruyucu sağlık hizmetlerine hız verilmektedir. Tıp üniteleri fabrika ve bürolarda sağlığa zararlı koşulları bulup, ortadan kaldırır. Endüstriyel hijyen uzmanının ve Devlet sanitasyon müfettişinin tavsiyelerine uymayan iş yeri yöneticilerine ceza verilir.

Tıp üniteleri; dinlenmeye ihtiyacı olan işçileri saptayıp dinlenme evlerine yollamak, özel diyetleri hazırlamak ve acil tıbbi yardım sağlamakla yükümlüdürler. Tıp üniteleri sendikalarla yakın ilişki içindedir. Sovyetler Birliğinde sendikaların hukuki yetkileri çok geniştir. İş yerindeki sağlığa zararlı koşulları değiştirmek ve işçileri dinlendirmek konularında her türlü yetkiye sahiptirler.

NOT : Çin Halk Cumhuriyetinde İşçi Sağlığı Uygulaması araştırmamız ileriki sayılarda yayınlanacaktır.

SOSYALIST OLKELERDEKI SAGLIK SISTEMI ISTATISTIKI SONUÇLARI (1971)

	SOVYETLER BIRLIGI	BULGARISTAN	DOGU ALMANYA	CEKOSLOVAKYA	ARNAVUTLUK	MACARISTAN	POLONYA	ROMANYA	TORKIYE
DOGUM ORANI (BINDE)	17.8	15.3	11.7	17.3		14.7	17.4	18.8	40.8
OLOM ORANI (BINDE)	8.7	9.8	13.7	11.1		11.4	8.0	9.2	13.5
COCUK OLOMO ORANI(BINDE)	23.0	26.2	17.7	21.4		33.2	28.5	39.9	153.0
ORTALAMA YAS	67 yıl		72 yıl	73.2 yıl		70 yıl	68 yıl	67 yıl	
HASTANE SAYISI	25 773	200							448
TOPLAM YATAK SAYISI 1000 kisiye dusen yatak	2 800 000 - 11.1	56 009 94							93 624 2.5
SANATORYUM		185							50
POLIKLINIK		3 587							
KRES		1 003							

SOSYALIST OLKELERDEKI SAGLIK SISTEMI ISTATISTIKI SONUÇLARI (1971)

	SOVYETLER BIRLIGI	BULGARISTAN	DOGU ALMANYA	CEKOSLOVAKYA	ARNAVUTLUK	MACARISTAN	POLONYA	ROMANYA	TORKIYE
AYAKTA BAKIM SAGLIK TESISLERI	36 632								
DOKTOR SAYISI Doktor basına düsen kisi	697 000 353	16 183	28 590 596	31 426 460	1 905 1 150	24 287 427	51 168	31 246 655	17 579 2 125
FELDSCHER SAYISI	2 195 400	5 012			1 114		4 650	83 000	
DIS TABIBI		3 131	7 447	3 119	402	2 544	14 132	4 379	3 684
ECZACI		4 464	2 935	5 186	365	4 199	12 851	4 837	3 617
HEMSIRE			57 168	72 808	4 420	30 259	67 128		6 267
EBE		6 016		5 770	5 246	1 900	12 480		
SAGLIK HARCAMASI Kişi basına düsen harcama (dolar olarak)	9.7 MILYAR RUBLE 51		3.8 MILYAR MARK 180	17 MILYAR KARINAS 82	294.5 MILYON LEKS 40	10 75 MILYAR FORINT 34	31.59 MILYAR ZILOTI 46	7 6 MILYAR LEI 20	2 12 MILYAR TORK LIRASI 8 5

KAYNAKLAR

1 — U.S.S.R. Helth Service — 1973 Boris Petrovsky.
2 — Public Helthin the U.S.S.R. — 1967
3 — Promoting Puplic Helth — 1972 Mark Mirsky
4 — U.S.S.R. Helth Service — 1968
5 — The system of Public Helth Service in the U.S.S.R. — 1967
6 — S.S.C.B. Tıbbına bir Bakış Dr. Selçuk Alsan.

Sağlık Herşeyden Önce Gelir *

De' Nikolai Izmerov **

Bilimsel ve teknolojik gelişme, endüstriyel işlerde büyük değişiklikler getirdi. Ağır işler yavaş, yavaş ortadan kalkarken, el emeği yerini makinalara bırakıyor. Bununla birlikte, gelişme ve modernleşme, yanlarında sıklıkla işçilerin sağlığı için tehlikeler de getirdi. Birçok endüstri dallarında işçiler yeni kimyasal maddelerle temasa geliyorlar ve radyasyon, gürültü, vibrasyon, toz ve benzeri birçok mesleki tehlikelere maruz kalıyorlar.

Meslek hastalıkları konusunda araştırma yapmak, koruyucu önlemleri geliştirmek, daha sağlıklı çalışma ve yaşama koşulları sağlamak için, ilk enstitü 1923 yılında Moskova'da kuruldu. Bu enstitü şimdide Sovyet Bilimler Akademesi'nin bir parçasıdır ve iş hijyeni ile meslek hastalıkları konusunda araştırma yapmakla sorumlu yüzden fazla merkeze yol göstermekte, sevk ve idareyi sağlamaktadır. İş hijyeni enstitüleri, Moskova, Leningard, Gorki, Sverdlovsk, Ufa, Angrask, Kiev, Kharkov, Donetsk, Krivoy-Rog, Tbilissi, Erevan, Bak, Karaganda ve Saratovu içine alan büyük endüstri merkezlerinde kurulmuştur.

İş sağlığı problemleri konusunda çalışmalar, özel olarak görevlendirilmiş araştırmacılarca, tıp okullarında, sağlık labaratuvarlarında ve sağlık epidemiyoloji istasyonlarında yapılmakta olup, bunlar devlet adına teftiş yapmakla da sorumludurlar. Muhtelıf enstitüler endüstriyel güvenlik konusunda spesiyalize olmuş ve bunlar Sovyet Merkez Sendikalar Konseyi (Meclisi) tarafından kontrol edilerek, fabrikalarda kazaların önlenmesi konusunda etkili olmaktadırlar.

---

* WORD HEALTH. (Dünya Sağlık Teşkilatı Yayın Organı July-August 1974 Sayfa: 22.

** Sovyetler Birliği Medikal Bilimsel Akademisi «İş Hijyeni ve Meslek Hastalıkları Enstitüsü» direktörü.

Mekanizasyon ve otomasyon, endüstrinin bütün dallarında, meslek hastalıklarının önlenmesinde, şüphesiz yararlı etki yapmakta ve genellikle etkili bir araç olmaktadır. Teknolojik yönden geri endüstride, birçok işlemler elle yapılmakta olup, kazaları önlemek zor hattâ olanaksızdır. Bu konuda birçok kanıt vardır.

Meslek hastalıklarını önleme ve çalışma koşullarını düzeltme konusunda herhangi bir çalışmada esas olan; kimyasal maddeler, tozlar, gürültü ve iyonizan radiasyon gibi zararlı çevresel faktörler yönünden **sağlıklı standart şartları** sağlamaktır. Bu standartlar bilimsel merkezlerde geliştirilmiş. kanunlaştırılmış ve bütün fabrikalarda, iş yerlerinde uygulanması zorunlu kılınmıştır. Devlet sağlık müfettişliği bunların, tam olarak uygulanıp uygulanmadığını kontrol ederken, sendika ofisleri ve volanter emekçi koruma müfettişleri ve fabrika işçilerinin kendileri de sağlık ve güvenlik önlemlerinin ve standartlarının denetimini yaparlar.

İş hijyeni ve meslek hastalıkları konusunda incelemeler, bölümler halinde aşağıda açıklanmıştır.

ZEHİRLENMELERİN ÖNLENMESİ

Kimya endüstrisinde mekanizasyonun ve otomasyonun yaygınlaşması, işçilerin tehlikeli maddelerle ilişkiye gelmesi gereğinin büyük ölçüde azalması anlamına geliyor. Bütün fabrikalarda, yüksek etkili, havalandırma sistemleri kurulmuş, cihazların dışarıyla irtibatı kesilmiş ve işlemlerin otomatik olarak başlatılıp, durdurulması planlanmıştır.

Yeni bir kimyasal madde geliştirildiğinde bunun sağlık açısından taşıdığı riske özel bir önem verilir. Mümkün olan yerlerde daha az toksik olan maddeler kullanılır veya başka önlemler alınır. Örnek olarak; özel güvenlik konusunda, uzmanların öğütleriyle, benzol gibi tehlikeli eriticiler, birçok kimya ünitelerinde yerini tolvene gibi daha az tehlike taşıyan maddelere bırakmıştır.

Sovyetler Birliği'nde sağlık kanunları, arazi ve suyun kullanılması ile ilgili kanunlar, öncelikle yetkili kontrol organlarının izni olmadan yeni kimyasal ürünlerin kullanılmasını yasaklamıştır.

1971 yılında oluşturulan yeni sağlık standartları, endüstriyel iş yerleri için aşağıdaki hükümleri getirdi:

«Bir iş yerinin havasında zararlı bir maddenin maksimum konsantrasyonu, sekiz saatlik iş günlerinden oluşan bir çalışma yaşamı boyunca (Gerek çalışma esnasında, gerekse daha sonra) herhangi bir rahatsızlık veya hastalığa sebep olmayacak oranda olmalıdır.» Bu hastalıklar modern araştırma yöntemleriyle aranmıştır. Böylece kimyasal maddeler konusunda 700 standart tesbit edilmiş ve bu şartlarda işçilerin maddeyle temasına izin verilmiştir.

Kimyasal işletmelerde iş kollarına dikkat edilmiş, ciddî zehirlenme olayları pratik olarak (İşçiler arasında) ortadan kalkmıştır. Kronik mesleki zehirlenmelerin oranı ise düzenli bir şekilde düşmüştür. İstisnalar dışında kanserojen maddeler yasaklanmıştır.

Tozların oluşturdukları hastalıklara karşı çalışmalar yapacak bir komite, 1964 yılında Bilimsel Akademisinde kuruldu. Havadaki toz miktarını azaltacak bir dizi çalışma (Ölçüm ve önlem çalışması) geliştirilmiş ve değişik bilimsel merkezlerde uygulanmıştır. Bunlar fabrikalarda denetçiler tarafından kontrol edilmektedir. Aynı zamanda önemli kanuni tedbirler alınmış, 20 yaşından aşağı gençlerin maden kömürlü işletmelerde ve diğer madenlerde çalışması yasaklanmış, madenlerde, asbestoz fabrikalarında ve tozun sağlık açısından önemli olduğu endüstrilerde iş saatlerinin kısaltılması yoluna gidilmiştir. Benzeri endüstri dallarında işçiler ücretli ek izinlere, daha erken emekliliğe ve benzeri avantajlara hak kazanmışlardır.

Toza maruz kalan işçilere periodik tıbbi muayeneler uygulanır, iş yerlerinde tozu azaltacak özel araçlar yerleştirilir, yeni metodlarla pnomokonyozların erken tanı ve tedavisi garanti altına alınır.

Ukrayna'da bir madencilik kasabası olan Novovolynsk'te her 1000 kişi için 20 tıbbi görevli bulunur. Bu ise bütün ülke ortalamasının 2,5 katıdır. Her madenci, her yıl tıbbi muayeneden geçer. Bunun sonuçları doktorlar, mühendisler, sendika delegeleri ve hükümet yetkililerince dikkatle analize edilir. İşçiler kasabaya fazla uzak olmayan, bir gölün kıyısındaki, şahane manzaralı prophylactorium istasyonuna (dinlenme evi, sanatoryum) getirilir. Burada dinlenmek, gerekli tıbbi bakımı görmek, gerektiğinde çamur banyoları ve hidroterapi uygulamak mümkündür.

Maden endüstrisinde, havadaki toz oranının düşürülmesinde ve tozla oluşan hastalıkları azaltma yolunda dikkate değer

başarılar sağlanmıştır. Örneğin Baleyzoloto maden komplexinde metreküpteki toz oranı, birkaç yüz miligramdan iki miligrama düşürülmüştür.

Işyeri çevresindeki fizik faktörler arasında gürültü, vibrasyon, iyonizan radyasyon, çok yüksek ve çok düşük ısı sayılabilir. Bunlar içinde sağlık ve güvenlik standartları oluşturulmuştur.

Radyolojik korunma açısından önemli başarılar elde edilmiştir. Fabrika işçilerinin günlük çalışmalarında; artık tehlike teşkil edecek derecede radyasyona maruz kalmadıkları söylenebilir. Radyoaktif materyalin elle işlem gördüğü yerlerde kazaları önlemek için, mümkün olan herşey yapılmıştır.

Halen makinalar ve makina parçaları, sağlık standartlarının öngördüğünden fazla gürültü ve vibrasyon (titreşim) yapmaktadırlar. Bununla birlikte araştırmalar, vibrasyonun sebep olduğu hastalıkları önlemek için komplike tekniklere gerek olmadığını göstermiştir. Bütün sorun işin rasyonel şekilde organizasyonudur ve en etkili önlem; vibrasyona direk maruz kalınan saatleri azaltmaktır.

Metal işçilerinin günlük çalışma sürelerinin % 50-85'lik bölümünde parlatma kesme, inceltme, sivriltme gibi işlemlerle; vibrasyona maruz kaldıkları hesaplanmıştır. Bu nedenle bu işler vibrasyon hastalıklarına en uygun işleri oluşturmaktadır. Eğer vibrasyona maruz kalma süresi iş gününün % 20-30'una düşürülürse bu hastalık artık görülmeyecektir. Bugün bunu sağlamak için, işçilere ikinci bir iş öğretilerek, karışık ekipler oluşturulmuştur.

Murmansk bölgesinde, severonikel maden komplexinde yılda vibrasyona maruz kalma süresinin 100 iş gününden fazla olmayacağına dair sınırlama getiren bir kural konmuştur. Sendika ile yönetim arasındaki işbirliği, matkap (delgi) işinde çalışan her işçinin, vibrasyon tehlikesiyle karşı karşıya bulunmadığı ikinci iş öğrenmesi sağlanmıştır.

İş proğramlama önlemlerine paralel olarak, vibrasyon hastalığına karşı başka yöntemlerde uygulanır. Vysokogorsk'taki demir madeninde (Ural dağlarında) ve Degtyrask bakır madenlerinde (Sverdlovsk) delme işlemlerinin yarısından çoğu, işçileri vibrasyondan tamamen koruyan ekipmanlarla yapılmaktadır. Sağlık servisleri bütün işçilere periodik muayeneler;

el banyoları, masaj, ultraviole tedavisi ve benzerleri gibi tedaviler uygulanır. Bunlar fabrika tedavi merkezlerinde sağlanmaktadır.

Son yıllarda SSCB. Bakanlar Kurulu gürültüyle mücadele için bir dizi kararlar almıştır. Özel enstitü ve labaratuvarlar kurularak, fabrikalardaki gürültü düzeyinin ayarlanması, makina ve ekipmanlarda yapılacak geliştirmeler incelenmektedir.

Gürültülü fabrikalarda bir işe alınmadan önce işçiler; böyle bir işe uygun olup olmadıklarının anlaşılması için tıbbi muayeneden geçmelidirler. Daha sonra yılda bir veya her 2-3 yılda bir muayene edilirler. İş kanunları, gürültü faktörü taşıyan işlerde, onsekiz yaşından küçüklerin çalışmalarını yasaklar. Sağlık müfettişleri, sağlık servis hekimleri, sendika ve hükümet delegeleri gürültünün düzene sokulması işini sıkıca denetlerler.

Bütün endüstri işletmeleri için değişik sağlık standartları ve güvenlik kuralları tesis edilmiştir. Sonuç olarak çelik endüstrisinde ve demir dışındaki metal endüstrilerinde ve diğer endüstri dallarında iş koşullarında kesin, belirli düzelmeler sağlanmıştır.

Otomasyon ekipmanlarında, kontrol panellerinde çalışan operatörler ve yürüyen şerit sistemi işçilerinin, iş koşulları için çalışmalar yapılmıştır. İşçilere sedanter (uyuşturucu) ve monoton işlerdeki olumsuz etkiler, kötü ayarlanmış iş ve dinlenme periyotlarının yarattığı yorgunluk ve bitkinlik, çalışma esnasında bedenin yanlış duruşu (posturün hatalı oluşu) ve benzeri konularda eğitimler düzenlenmiştir. Meslek hastalıklarında tanı, bunların önlenmesi ve tedavisi tam ve doğru olarak iş kapasitesinin tayini konularında genel prensipler formüle edilmiştir. Bu prensipler ülke çapındaki sağlık ve iş kanunlarında yerlerini almışlardır.

İş hijyeni ve meslek hastalıkları enstitüsü, sağlık yönünden tehlike teşkil eden fabrikalarda, tıbbi muayenelerin tekniği ve organizasyonu konusunda danışman görevi yapar. Bu yolla doktorlar, enstitü kliniklerinde, değişik endüstri konularında kendilerini hazırlama olanağı bulurlar. Yeni araştırma yöntemleriyle, kesin tanı konamayan hastalıkların, tanınması kolaylaşır.

Geliştirilen tıbbi muayene yöntemlerine uygun olarak, iş koşullarını iyileştirici (ıslah edici) önlemler alınmıştır. Örneğin

Tyumen'deki otomatik elektirik donatımları üreten işletmelerde yürütülen incelemeler sonunda, çeşitli sektörlerde otomatik montaj hatları kurulmuş ve metal işçilerinin çalışma koşulları ıslah edilmiştir.

S.S.C.B.'de işletmelerde 1500 dolayında sağlık servisi vardır. Bunların sayıları son 10 yılda % 38 artmıştır. Ilitch metal mühendisliği işletmeleri (Jdanov'da) örnek olarak gösterilirse; sağlık servisi, iyi donatılmış 2 polikliniği, geniş çaplı bir fizyoterapi servisi ve acil servisi bulunan 730 yataklı bir hastanesi bulunan büyük bir komplextir. Çalışmalar her birinde bir dahiliyeci (veya pratisyen), bir cerrah ve bir nörolog bulunan 19 bölümle yürütülmektedir. Doktorlar metal işçilerinin çalışma koşullarına vakıftırlar ve her yıl meslek hastalıkları insidensini azaltmak için, sendika temsilcileriyle birlikte, tedbirleri incelerler.

Bir meslek hastalığı teşhis edildiği zaman, önemli olan hastanın gelecekteki iş kapasitesinin tam bir değerlendirmesini yapmaktır. Hastalığın erken dönemlerinde çoğu zaman, etkili bir tedavi uygulamak, özel bir diyet veya tedavi merkezinde kısa süre kalmak ve hasta tamamen iyileşip iş kapasitesi yerine gelinceye kadar etkenden uzaklaştırmak yeterlidir. İş kanunlarına göre, bir meslek hastalığı belirtisi gösteren işçiler, herhangi bir maaş azalmasına uğramaksızın, iki ay veya daha uzun süre başka bir işe veya yere transfer olmaya hak kazanırlar. Ek olarak işçi daha yüksek aylık ve emekli aylığı alır. Daha ciddi meslek hastalığı vakalarında işçi sürekli olarak başka bir işe transfer olur. Eğer tamamen çalışmayacak durumda ise, özel bir aylıkla emekli olur. İşçi başka bir işe transfer olmadan önce, doktorlar, yeni işin, şahsın sağlığına sadece tehlike teşkil etmemekle kalmayıp, aynı zamanda gücünü tekrar elde edeceği, onun gerek moral, gerek fizik iyiliğini sağlayacak bir iş olduğunu garanti etmekle sorumludurlar.

İş kapasitesini en iyi şekilde tayin etmek amacıyla, 1965'te Moskova bölgesindeki Viladimirovski araştırma enstitüsünde özel bir bölüm kurulmuştur. Bu enstitü, fabrika doktorları ve meslek hastalıkları uzmanlarına düzenli seminerler veren ve bilgi tazeleme kursları düzenleyen merkezlerden biridir. Bilim merkezleri ile fabrika tıp ve sağlık servisleri arasındaki, sürekli ilişki meslek sağlığı servislerinin düzeyinin yükselmesine yardımcı olur.

Sendikalar işçi sağlığının korunması konusunda çok önemli bir rol oynarlar. Sovyetler Birliği'nde 1933 yılından beri sosyal güvenlik sistemi kurulmuş olup, sistem bu zamandan beri, ülke ekonomik gelişmesine uygun olarak geliştirilip ıslah edilmiştir.

Sovyet Rusya'daki sosyal güvenlik özellikle koruyucu bir karakter taşımaktadır. İşçilerin aldığı pek çok ödeneğe ek olarak, çeşitli avantajlar sağlanmıştır. Örneğin; çalışma kapasitesini geçici olarak kaybedenlerin kompensasyonu ve doğum yapanların çalıştırılmaması yanında, işçilerin kendileri ve ailelerini korumada daha ileriye varan koruma tedbirleri mevcuttur. Sosyal güvenlik fonlarının önemli bir bölümü sağlık kuruluşlarındaki tedaviye ayrılmıştır. Her yıl 8 milyondan fazla insan sağlık kurumlarınca tedavi edilmektedir. Hastaların çoğu, tedavi bedellerinin % 30 dan fazlasını ödememektedir, geriye kalan miktar ise, sendikaların denetimindeki, sosyal güvenlik fonundan sağlanmaktadır. Son yıllarda çeşitli bakanlıklar ve endüstri kuruluşları, çok sayıda dinlenme merkezleri ve sağlık evlerinin kuruluşunu üzerlerine almışlardır.

S.S.C.B.'de iş yasasını düzenleyen prensiplerin kabul edildiği Ocak 1971, işçilerin sağlığı açısından, önemli bir tarih sayılır. Bu metnin yürürlüğe girmesiyle Sovyetler Birliği'ndeki iş yasasının temel ilkeleri belirlenmiş olmaktadır. Yasada; çalışma hakkı, dinlenme (boş zaman) hakkı, yapılan işin nicelik ve niteliğine göre ücret hakkı, mesleki yetişme hakkı, disipline uyma, dürüst ve bilinçli çalışma esasları düzenlenmiştir. Ayrıca yasadaki özel bölümler gençlerin ve kadınların çalışma koşullarını da kurallara bağlamaktadır. Doğum öncesi ve doğum sonrasıyla ilgili olarak kadınlarda ek avantajlar sağlanmıştır. Ayrıca emekli oldukları halde çalışmayı arzulayanlara baska ayrıcalıklar tanınmaktadır. Yeni yasayla birlikte işsizliğe karşı korunma hakkının, sağlıklı olma ve iş kazalarına karşı korunma hakkının elde edilmiş olmasıylada özel bir önem taşımaktadır.

Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığiyle ilgili olarak benimsenen son hedef; iş kazalarını ve mesleki hastalıkları ortadan kaldırmaktır.

Halk Sağlığının Sınıfsal Temelleri

Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu

Giriş

Şimdiye dek yurdumuzda yapılan çalışmalarda, gerçekten önemli olan halk sağlığı konusuna gerekli önemin verilmeyişi ve hatta bu konuda ciddi hiç bir araştırmanın olmaması, Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosunu böyle bir çalışmaya sevk etti.

Amacımız, halk sağlığı kavramının genel olarak dünyanın gelişimi içinde ve çeşitli üretim biçimlerinde şekillenmesini, tarihi dialektik açıdan ortaya koymak ve görüşlerimizin ilerici-aydın çevrelerce tartışılmasını sağlamaktır. Bu tartışma konunun gelişimine de yön verecektir.

Her geçen gün halk sağlığı konusunda dünyada yeni yeni görüşler ortaya atılmaktadır. Buradaki çalışmamız, en çağdaş görüşün incelenmesi, bu görüşe giden yolda halk sağlığı anlayışının geçirdiği evreleri ve ülkemizin sağlık yapısını ortaya koymaktır. Konumuzun sonunda halk sağlığını korumak amacıyla uygulama biçimlerini anlatırken ülkemiz için bir model önereceğiz.

Çalışmamız söyle plânlanmıştır.

I — GİRİŞ
- A — Halk sağlığı kavramının gelişimi
  - a — Tedavi edici hekimlik anlayışı
  - b — Koruyucu hekimlik anlayışı
  - c — Sosyal tıp anlayışı
- B — Halk Sağlığını etkileyen faktörler:
  Sosyo ekonomik faktörlerin belirlediği
  - a — Biyolojik çevre faktörleri
  - b — Fiziksel çevre faktörleri
  - c — Sosyal çevre faktörleri
- C — Halk sağlığı anlayışımızın ana karakteri:
  Sosyal Tıp ve çevresel faktörlerin incelenmesi

II — HALK SAĞLIĞI ÖRGÜTLENMESİNİ ENGELLEYEN SINIFSAL FAKTÖRLER

A — Üretim ilişkilerinin sağlık sorununa yansıması
B — Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihçesi
C — Türkiye'de tıp eğitimi
D — Türkiye'de Halk Sağlığı için önerilen palyatif tedbirler.
a — Sosyalizasyon
b — Sağlık sigortası

III — Halk Sağlığı örgütlenmesinde modeller
A — Kıyaslamalar
B — Eleştiriler
C — Öneriler

Halk sağlığı kavramının gelişimi

Toplumlar tarihin çeşitli evrelerinde, yaşadıkları döneme ait özellikler gösteren, mevcut üretim ilişkilerine uygun olarak, sağlıklarını sürdürebilmek için, çeşitli çalışma ve örgütlenmelerde bulunmuşlardır. Konumuzun daha iyi anlaşılabilmesi için üretim ilişkileri üzerinde kısaca duralım. üretim biçimini üretici güçler ve üretim ilişkileri oluşturur. Üretici güçlerden anlaşılan, üretim araçları (makinalar, araç ve gereçler, toprak, binalar, ulaşım araçları, kanallar, elektrik tesisleri, sanat yapıtları v.s.) ve maddi varlıkları üreten insanlardır. Üretim ilişkilerinden anlaşılan ise, insanlar arasında meydana gelen maddi varlıkların üretim, değişim ve dağıtımı ilişkileri yani ekonomik ilişkiler anlaşılır.

Her üretim biçimi kendi ekonomik temeline uygun üst yapıyı oluşturur ve onun gelişimini belirler. Üst yapı kurumlarını, sosyal düşünceler (hukuk, felsefe, din, politika, bilim, v.s.) ve sosyal kurumlar (ordu, partiler, üniversiteler, polis, dernekler, meslek kuruluşları, mahkemeler, v.s.) meydana getirir.

Yukarıda genel doğru olarak belirttiğimiz her üretim biçiminin kendisine uygun üst yapıyı belirlemesi kaidesi her zaman bu şekilde seyretmez. Çeşitli sosyal kurumlar, bazı devrelerde içinde oluştukları alt yapının özelliklerini benimsemeyerek bir ileri üretim biçimini savunabilir. Örneğin: bazı partilerin, meslek kuruluşlarının, derneklerin, üniversitelerdeki bazı unsurların bir ileri üretim biçiminin savunmasını yapmalarının nedeni budur. Kapitalist ülkelerde bilim adamlarının bazılarının sosyal tıp görüşünü savunmaları da bu çelişkiden doğmaktadır.

İlkel toplumların, üretim açısından özellikleri, iş aletlerinde ilkellik emeğin üretkenliğinin azlığı, yaşamak için zorunlu olandan başka hiçbir üretimin olmayışı, insanın doğa karşısında güçsüzlüğü, ve insanların zorunlu olarak doğal bir işbölümü içinde olmaları sayılabilir. Bu toplumlarda sağlık çalışmaları son derecede ilkeldir. İnsanların bütün çalışmaları aç kalmamak ve ölmemek üzerine kurulmuştur. Sağlıklarını koruyabilmek için, bir arada yaşıyorlar, savunma aletleri ve barınaklar yapıyorlar, tehlikelerden kendilerini uzak tutmağa gayret ediyorlardı. İlkel kabilelerde reis ve kabilenin sihirbazı aynı zamanda doktorluk görevi de yapıyordu. İlkel insanlarda hijyen kurallarının bilinmemesi bazı hayvanlarla bir arada yaşama bu toplumlarda paraziter hastalıkların çokluğuna, beslenmenin yetersizliği aneminin yaygınlığına kötü yaşam ve çalışma koşulları ise romatizmanın sık rastlanmasına sebep olmuştur. Antropologların çalışmalarında yine bu toplumlarda kemik iltihapları ve kemik tümörlerine rastlanmıştır. Beslenme ilkel insanlar tarafından önemi kavranan bir konu olmasına rağmen yetersizliği her zaman görülen bir konu olmuştur.

Beslenme başlangıçta yemek arpa yulaf ve yabancı otların karışımı olan bir nevi lapadan ibaretti. Ateşin bulunması besinleri daha yararlı hale getirdi. Ok ve yayın bulunması. çeşitli av aletlerinin geliştirilmesi beslenme içine av etlerini de ilave etti.

İlkel insanların tedavi yöntemi olarak inandıkları en önemli usul sihirbazlık ve tanrılardan şifa dilemek idi. Hastalık sebepleri çok zaman yıldızlara güneş ve ay tutulmalarına, fırtına şimşek gibi olaylara bağlamışlar ve tanrıların gazabı olarak nitelemişlerdir. Ateş hastalık sebebidir. Su ise hastalıkları temizler kanısı vardı. Mezopotamyada su tanrısı sağlık tanrısı olarak kabul edilmişti. Bazı hastalıklarda bitki sularının kullanılması ve karantina tedbirlerinin uygulandığı ortaya çıkarılmıştır.

Köleci toplumlarda, üretimin ilkelliği yanında, en kaba ve en barbar sömürü şeklinin ortaya çıkışı, bütün üretim araçları, efendinin mülkiyetinde olduğu gibi, kölelerin akıl almaz ağır işlere koşulması ve ancak kendisine ölmeyecek kadar olanaklar sağlanması, bu üretim ilişkilerinin özelliklerini kabaca belirler.

Böyle bir üretim tarzında sağlık hayatı son derece kötüdür. Köleler bu çalışma koşulları içinde salgın hastalıklara kitleler halinde yakalanmışlar ve hastalandıklarında da efendiler tarafından, yine kitleler halinde hastalığı yok etmek için öldürülmüşlerdir. Köleci toplumda antropologların yaptığı araştırmalar sonucu ortalama ömür süresinin 30 yıl olduğu görülmüştür. İlkel toplumda bahsedilen hastalıklar yanında bilhassa bu toplumlarda ağır işler nedeniyle eklem hastalıklarının fazlalığı, köleler arasında beslenmenin çok yeter-

siz olmasından dolayı salgın hastalıklar ve beslenme yetersizliğine bağlı hastalıklar yaygın biçimde yer almışlardır.

Tedavi olarak bu toplumlarda en önde yapılan tanrılardan şifa dilemek ona kurbanlar adamak, büyücülük sihir gibi işlerdir. Salgın hastalıklar karşısında efendiler kendilerini korumak için kitlesel öldürmeler yolunu tutuyorlardı. Bu devirde basit pansuman işlerinin yapıldığını, bitkisel köklerden bazı ilaçların yapıldığını da bilmekteyiz. Bilinen en ilkel eczane şeklinde kuruluş bu devreye aittir. 760 senesinde Bağdatta kurulmuştur.

Feodal toplumlarda senyörün (derebeyin) toprak üzerinde mülkiyet hakkı ile serf üzerinde sınırlı mülkiyet hakkı, üretim araçlarının senyörün mülkiyeti altında olmasını üretimin genel karakteri olarak gösterebiliriz. Bu dönem içinde 2000 yıl sürmüştür. Batı Avrupa'da Roma İmparatorluğunun yıkılışı olan beşinci yüzyıldan başlayıp, 17 ve 18 nci yüzyıla kadar uzanır. Rusya'da ise dokuzuncu yüzyıl ile 1861 yılı arasında (Kulluk kölelik düzeninin yıkılması) bu dönemi yaşamıştır.

Feodal toplumda serf bir köle değildir. Senyörün, köleci toplumda efendinin hakkı olduğu gibi serfi öldürme yetkisi yoktu. Onu ancak eşya gibi alıp satabilirdi. Ona ufak çapta da olsa topraktan ve artı üründen yararlanma hakkı veriyordu. Bu toplumlarda ortalama ömür süresi 40 yıl olarak hesaplanmıştır.

Salgın hastalıklar, beslenmeye bağlı hastalıklar yine ön plandadır. Ticaretin gelişmesi hastalıkların yayılmasına sebep olmuştur. Tedavi alanında büyücülük, üfürükçülük sihirbazlık, dinsel uygulamalar varlığını sürdürmüştür. Hastalık olan bölgelerden gelen bazı karantina uygulamaları, bazı anatomi biyoloji ve eczacılık dalında ilkel çalışmalar yapılıyordu. Tedavinin ana niteliği metafikiz uygulamalar dışında polifarmasidir. Bu dönemde sağlık hayatında ilerlemelere üretimin niteliği yanında, kilisenin baskısı da engelleyici baş faktör olmuştur.

Kapitalizm öncesi devrede, önemli miktarda sermaye ve üretim araçlarını elinde toplayan bir azınlık ve yalnız bireysel özgürlüklere susamış, fakat üretim ve yaşama araçlarından yoksun, iş güçlerini satmak zorunda olan çoğunluk mevcuttu. Birinci azınlıktan burjuva sınıfı, ikinci çoğunluktan işçi sınıfı doğdu.

Kapitalist düzende üretim ilişkisi işçinin yaptığı üretimden, işçi ve ailesinin geçimi için ayrılan kısmın dışında kalan artık değere işverenin sahip olması temeline dayanır. İşverenin elinde kalacak olan artık değerin (karın) çoğalabilmesi için ya işçi başına düşen üretimi artırmak veya üretimde işçiye düşen payı (ücreti) azaltmak gerekir. Karın artması için ya işçi fazla çalıştırılır, ya da işçi ücret-

leri azaltılır. Her iki durumda da işçi ve ailesinin sağlığı olumsuz yönde etkilenir.

Kapitalist üretim tarzının ana karakteri "kar için üretim, tüketime yönelik üretim" dir. Bu karakter sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkiler. Özel hastahaneler, muayenehaneler, özel ilaç sanayii özel tıbbi okullar, özel sağlık sigorta şirketleri, tıbbi alet ve sanayı ile burjuvazi kar getiren çarklarının sağlık alanında da teşkilatlamıştır. Yani, sağlık hizmetleri burjuvazinin kar kaynaklarından önemli bir kolu olmuştur.

Kapitalist üretim ilişkilerinde sağlık hayatında işçi sınıfı açısından üzerinde durulması gereken iki mesele vardır. Kapatalizm büyük işyerlerinde, fabrikalarda işçileri robotlaştırmak ister. Onun yaratıcı gücünü,onun düşünebilme, yapabilme, keşfedici gücünün yok etmek ister, Şöyle ki, böylece bir fabrikada çalışan işçinin görevi önünden geçen vidaları sıkıştırmak veya kutuların kapaklarının yapıştırmak gibi, üretimin ancak ufak bir parçasıdır. Bunun dışında herhangi bir işi bellemez, başka bir iş yapmaz. Belli çalışma sonunda işinden ayrılan veya emekli olan işçi kendini yapayalnız hisseder. Senelerdir bu çalışma sistemi içinde aynı bir işi yapan işçinin üretici gücü de artık yok olmuştur. İkinci bir işe uyum veya ikinci bir işte çalışma onun için çok zordur. Bu durum işçinin sağlık hayatı için olumsuz bir etkendir.

Kapitalizm her zaman devamlı işçiye ihtiyaç göstermez. Bünyesinde mevsimlik işçilere, geçici işçilere de yer verir. Bu kesim hayat garantisi olmayan, geleceği için hiç bir güvencesi olmayan, her türlü kötü koşullar içinde çalışmasını devam ettiren guruptur. Çalışma yerleri işçinin yerlerinden uzaktır. Çalışma dağlarda tarlalardan devam ederken, dinlenme ise barakalarda çadırlarda geçer. Beslenme ise genellikle yetersiz, soğuk ve kötüdür.

İşçi ya sigortasız çalıştırılır ya da sadece çalışma süresi içinde sigorta primi ödenir. İş mevsimi bitince işçinin ne ücreti verilir ne de sigorta primi. Konu sigorta primine gelince şu gerçeği de iletmek gerekiyor. Yukarıda bahsedilen her iki konu da ülkemiz işçi sınıfının içinde bulunduğu sorunlarından en önemlilerindendir.

Bunun yanında sigortalı işçinin genellikle karşılaştığı önemli bir sorun daha vardır. İşveren işçinin sigorta primini, işçinin gerçek ücreti üzerinden ödemeyip asgari ücret üzerinden ödemesi sık görülür. Bu da işçinin emeklilik hayatında gelirinin düşük olmasına dolayısı ile yaşamının kötü koşullarını hazırlar.

Görüldüğü gibi halk sağlığını belirleyen her zaman üretim biçimi olmuştur.

Günümüzde halk sağlığı sorununa üç ayrı açıdan bakanlar vardır.

I. Halk Sağlığını "tedavi edici hekimlik" açısından gören anlayış

II. Halk Sağlığı "koruyucu hekimlik" açısından gören anlayış.

III. Halk sağlığını "Sosyal hekimlik" açısından gören anlayış.

Tedavi edici hekimlik görüşü (klasik tıp anlayışı)

Kökenini çok eski toplumlardan alır. Köleci toplumlarda efendinin, feodal toplumlarda senyörlerin sağlığı üzerine uğraşlar tedavi edici hekimliğin temelini teşkil eder. Çok uzun geçmişi olan tedavi edici hekimlik anlayışı çeşitli gelişmeler göstermiştir.

Kapitalist toplumlarda 17-18. Y.Y. da teknolojik gelişmelere bağlı olarak, tedavi edici hekimlik alanında de en büyük atılımlar olmuştur. 16. Y.Y. da modern anatominin kuruluşu, 17 Y.Y. da histolojinin kuruluşu, 18.Y.Y. da termometrenin ve Patolojinin geliştirilmesi, 19. Y.Y. da mikroskop ve rontgenin keşfi, bakteriolojinin kuruluşu bunu ispatlamaktadır. Bunlar modern tedavi edici hekimlik anlayışının ilk temellerini oluşturmuşlardır. Aşağıdaki olaylar tedavi edici hekimlikteki çeşitli aşamalardır.

a — Modern tıp bilimlerinin doğuşu.

b — Hastalıkların birbirinden ayrılması.

c — Hastalıkların sebeplerinin bulunması.

d — Labaratuar usullerinin keşfi ve çeşitli teşhis ve tedavi araçlarının geliştirilmesi.

e — Tedavi metodundaki gelişmeler.

Ana karekterleri ise şöyledir.

a — Sağlık teşkilatlanma ve çalışmalarında liberalizm.

b — İnsanları hastalandıktan sonra ele almak ve hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan çevresel faktörleri göz önüne almamak.

c — Koruyucu sağlık çalışmalarını bir kenara bırakarak sadece hastalıkların teşhis ve tedavisi ile uğraşmak.

Liberalizm bir kısım burjuvaları ve hekimleri, kâra yöneltmiş, sağlık alanında gerçek hizmetler yerine kar getiren kuruluş ve muayenehaneler ortaya çıkmıştır. Hastalık öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesi toplumda hasta insan sayısını arttırırken sağlık düzeyini düşürmüştür.

Bu uygulamada sağlık hizmetlerinde en önemli unsur hekimlerdir. Hasta hekimin karşısına çıkar. Hekim hastalığı teşhiş edip tedavisini yapar. İlaçların etkisi ile bir süre iyileşen hasta yine eski yaşam koşullarına gönderildiği için hastalığı tekrarlar ve tekrar hekime başvurur. Bu durum,

a — Özel Çalışan hekime başvurma sayısını artırarak hekim kazancını artırır.

b — Hastalığın tedavisi uzadığından, ilaç ve tedavi için yapılan tüketimi artırır. İlaç ve tıbbi alet sanayiinin karlarını artırır. Tek başına tedavi edici hekimlik anlayışı, halk sağlığı çalışmalarında başarı sağlayamaz. Hatta halk sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yapabilir. Uygulama sonucu sağlık alanında tüketim ve çeşitli çıkar çevrelerinin karının artmasını ortaya çıkarır. Günümüz dünyasında Klasik hekimlik anlayışı ekonomik bakımdan geri, iç ve dış sömürünün hakim olduğu ülkelerde uygulanmaktadır.

Koruyucu hekimlik anlayışı

Teşhis ve tedavi edici hekimlik gibi, bu anlayışta çok eski toplumlardan beri dünyada vardır. Modern anlamda koruyucu hekimlik anlayışı ise 19. Y.Y. da önerilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. İlk uygulamalar Almanya ve İngiltere'de ortaya çıkmış ve giderek diğer gelişmiş kapitalist ülkelere yayılmıştır. Uygulamanın başlaması birkaç nedene birden bağlıdır. Bu ülkelerde işçi sınıfı giderek güçlenip örgütlenmiş, toplumun her kesiminde burjuvaziye karşı varlığını ve mücadelesini sürdürmektedir. Uzun mücadelelerden sonra elde ettiği grev hakkı ile burjuvaziyi geriletmiş ve bazı ödünleri koparmıştır. Sağlığı ile ilgili elde ettiği haklar bunun bir bölümüdür. Burjuvazi ise işçi sınıfına bu sağlık ile ilgili tavizleri verirken kendi çıkarına da olduğunun bilincindedir. Şöyle ki, burjuvazi işçi sınıfından en yüksek verimi alabilmek için onun devamlı ise gelmesini, devamlı üretebilmesini yani sağlıklı olmasını ister. Yine koruyucu hekimlik ile ilgili çalışmaların tedavi edici hekimlik çalışmalarından daha ucuza mal olduğunun bilincindedir. burjuvazi.

Kısaca, gerek işçi sınıfının bu dönemlerdeki örgütlü mücadeleleri, gerekse burjuvazinin üretimi arttırma çabaları, sağlık alanında koruyucu hekimlik ile uygulamaları gündeme getirmiştir.

Bu anlayışın özelliklerini şöyle sayabiliriz.

I. Hastalık etkenlerinin bilinmesi ve bu sebeplerin ortadan kaldırılması sağlık alanındaki en önemli görevdir. Koruyucu hekimlik çalışmaları tedavi çalışmalarından daha önce gelir.

2. Hastalıkların oluşumunda en önemli etken, fiziksel ve biolojik etkenlerdir. Sosyal etkenler ikinci olarak gelir.

3. Toplum sağlığını yüksek düzeyde tutabilmek için, toplumdaki fertleri tek tek ele alıp kontrol altında bulundurmak, sağlıklarını muhafaza etmek gerekir.

Bu anlayışta, halk sağlığını yüksek düzeyde tutabilmek için teshis doğru konmuştur. Koruyucu hekimlik çalışmalarının öne

alınması gerekir. Fakat önerilen ve uygulamaya konan çözüm yolları eksiktir. Hastalık oluşumunda en belirleyici etken olan sosyal çevre faktörleri ihmal edilirken sosyal çevre tarafından belirlenmekte olan fizik ve biyolojik çevre faktörleri ile mücadele ön plana alınmıştır. Yazımızın ilerideki çevresel faktörler ile ilgili çalışmasında bu konu etraflı şekilde araştırılacaktır.

Koruyucu hekimlik anlayışı toplumdaki fertleri tek tek ele almayı amaçladığından tek tek kişileri olumsuz çevre faktörlerinden sosyal çevreye dokunmadan uzaklaştırmağa çaba göstermesi, oldukça pahalıya mal olmaktadır. Halk sağlığı açısından klasik tedavi edici anlayıştan daha olumludur.

Gelişmiş kapitalist ülkeler kendi ülkelerindeki fiziksel çevre faktörlerini yok etmek için az gelişmiş ülkelerede el atmaktan çekinmezler. Fiziki çevre üzerinde çok fazla olumsuz etkiler yapan bazı sanayi yatırımlarını, bu ülkelerin yapmasını çeşitli krediler ve teşvik tedbirleri ile onlara, onların ülkesinde yaptırırlar. Çevre kirlenmesini çok artıran kağıt sanayii, petrol rafinerilerinin, pamuk ipliği fabrikalarının, Çimento fabrikalarının petrokimya sanayiinin zorlanarak ülkemizde inşa ettirilmesinin bir sebebi de bu çelişkidir.

Koruyucu hekimlik çalışmaları bu sebeplerden daha çok emperyalist kapitalist ülkelerde uygulanmaktadır. Bu ülkelerin sık sık içine düştükleri ekonomik krizler nedeniyle, uygulamalar rafa kaldırılmaktadır. Sosyal etkenlerin önemi kavranmak istenmediğinden, bu toplumlarda sosyal hastalıklar, psikolojik hastalıklar, toksikomanlar, gibi çeşitli hastalıklar çok yaygındır.

Sosyal hekimlik anlayışı

18.Y.Y. da işçi sınıfının gelişen mücadelelerine paralel olarak, bilim ve felsefe alanında yeni atılımlar, devrimler artaya çıkmıştır. Diğer bilim dalları gibi sağlık bilimleri de bu atılımlardan etkilenmiştir. Dialektik ve tarihi materyalist görüşü inceleyen bilim adamları sağlık alanında sosyal tıp görüşünü geliştirmişlerdir. Bu gelişme kısaca şöyle olmuştur.

1847 Yılında bir alman olan Solomon Neuman tıbbın sosyal bir bilim olduğunu söylemiştir. Rudolph Virchov (1821-1902) bu görüşü geliştirmiş, şu temel ilkeleri savunmuştur.

a — Herkesin çalışma hakkı vardır.

b — Herkesin sağlığının korunması toplumun görevidir.

c — Devlet halk sağlığı ile yakından ilgilenmelidir.

d — Sağlığı geliştirme ve hastalıklarla savaş sadece hekimlik

hizmetleri ile sağlanamaz, sosyal tedbirleri de alma zorunluluğu vardır.

e — Sağlık ile sosyo ekonomik koşullar arasındaki etkileşim önemlidir.

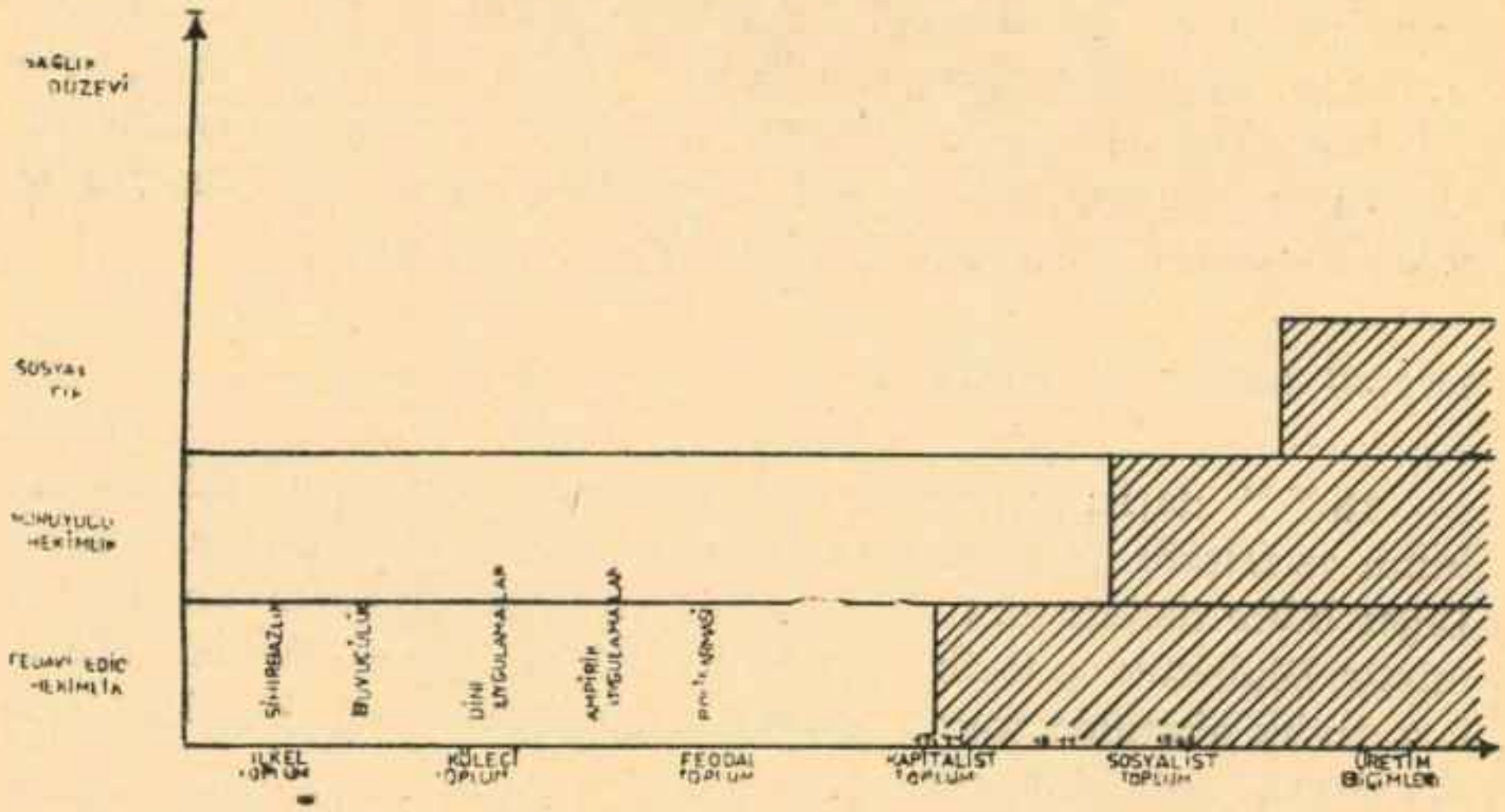
Daha sonraları sosyal hekimliğin en büyük kuramcısı alman-hekimi Alfred Grotjahn (1869-1931) "Sozial Pathologie" isimli kitabında sosyal hekimlik ilkelerini şöyle saptamıştır.

I — En önemli hastalıklar bir toplumda en sık görülen, en çok öldüren, ve en çok sakat bırakan hastalıklardır.

II — Bir kişinin veya bir toplumun sağlık düzeyini belirleyen kişinin hastalanmasına veya ölümüne neden olan biolojik ve fizik çevre faktörlerini oluşturan veya bunların etkisini koşullayan etkenler sosyal ve ekonomik etkenlerdir.

III — Bir kimsenin hasta oluşu sadece o kişinin sorunu değildir. Kişinin hastalığı ailesinden başlayarak giderek bütün toplumun sorunlarından biri haline gelmektedir.

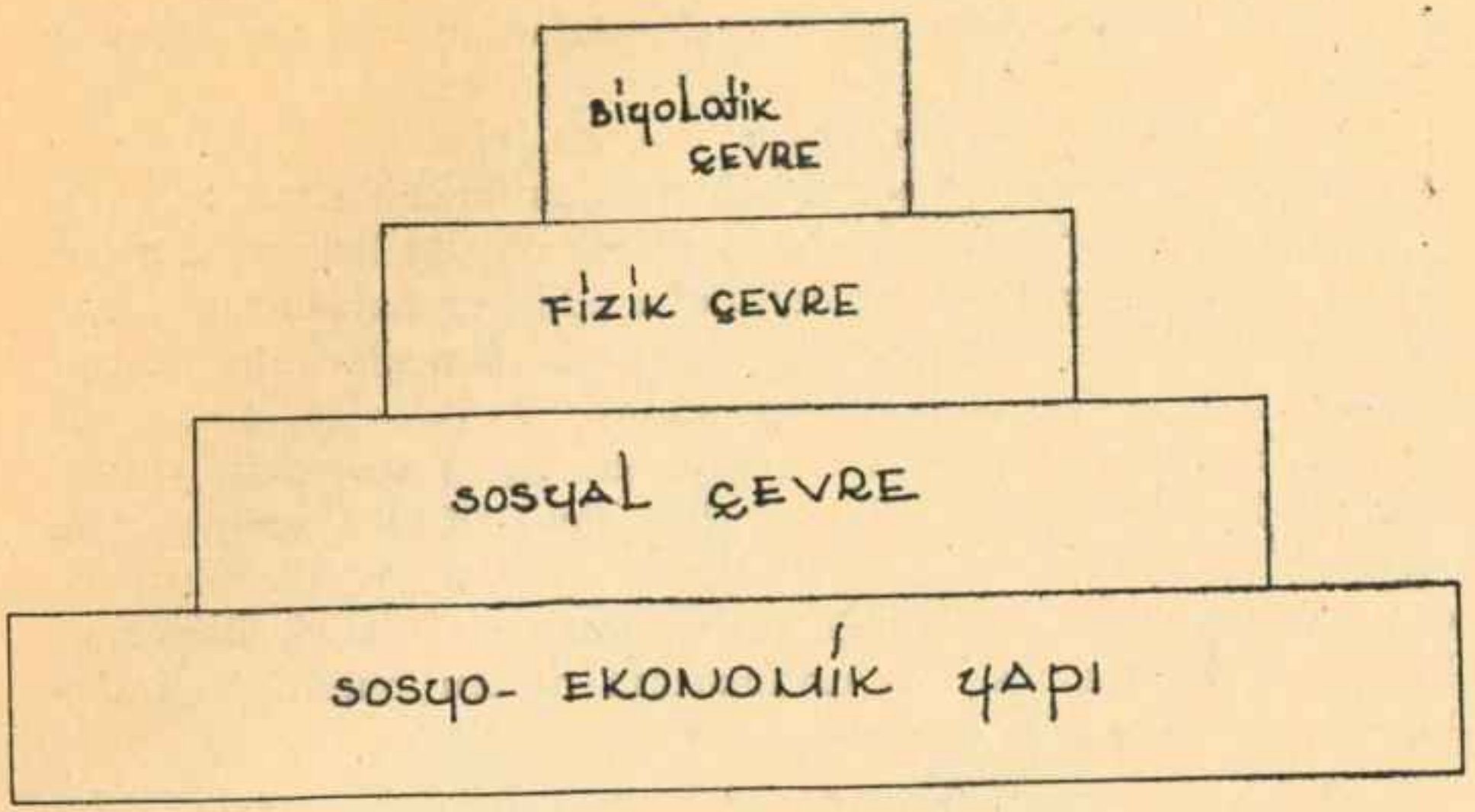
Yukarıda sayılan temel ilkelerden de anlaşıldığı gibi hekimlik salt biolojik bir bilim olmaktan, sosyal bir bilim olmaya sosyal tıp görüşü ile geçmiştir. Sosyal tıp görüşünü ve diğer tıp görüşlerini şu şekilde şemalandırmak mümkündür.



Sosyal tıp anlayışına göre toplumun sağlık düzeyini etkileyen en önemli unsur sosyo ekonomik yapıdır. Hastalıkların oluşumunda çevresel faktörler büyük rol oynar, üç ana çevre faktörler gurubu vardır.

a — Sosyal çevre faktörleri, b — Fizik çevre faktörleri, c — Biolojik çevre faktörleri.

Sosyo ekonomik faktörler çevresel faktörleri belirler, Çevresel faktörler içinde en önemli ve hastalık oluşumunda en belirleyici unsur olan sosyal çevre faktörleri de fizik ve biolojik çevreyi etkiler (şema 2)



Çevresel faktörlerin incelenmesi

Sosyal tıp kavramını daha iyi kavrayabilmek için çevre faktörlerine ana hatları ile göz atalım. Daha geniş inceleme ileri bölümlerde yapılacaktır.

Sosyal tıbbın en önemli özelliği çevresel faktörlere doğru yaklaşmasıdır. İnsan sürekli olarak çevresinden etkilenir ve bunların gerektirdiği tepkileri gösterir. Bu yüzden insan çevre ilişkileri sağlığın değerlendirilmesinde ön planda gelir. Hastalık ve sağlık kavramını değerlendirebilmek için insanın çevresi ile arasındaki etkilişimi bilmek gerekir. Bu etkileşimi kavradıktan sonra çevresel faktörleri sınıflandıralım.

I — Biyolojik çevre faktörleri : İnsanın kendisinden başka diğer bütün canlı varlıkları içeren, biyolojik çevresel faktörler 5 ana grupta toplanırlar.

Bunlar: a) Mikroorganizmalar b) Vektörler c) Bitkiler d) Hayvanlar e) bitkisel ve hayvansal gıdalar.

II — Fizik çevre faktörleri : İnsanın yaşadığı çevredeki tüm fizik faktörleri içerir. bunların arasında, su, lağım ve pis sular, çöp ve gübre konut, iklim koşulları, hava, ışık, radyasyonlar, gü-

rültü, sağlığa zarar verebilecek yerler (fabrika, imalathane, işyeri- v.s.), genel yerler, ölüler ve mezarlıklar, giyim eşyaları v.s. vardır.

III — Sosyal çevre faktörleri : Yaşanılan toplumun üretim ilişkilerinin belirlediği sosyal çevre iki grupta incelenmektedir.

a — Sosyal yapı faktörleri,

Aile, dernekler, kurumlar, sosyal sınıflar, ve toplumun yapısını içerir.

b — toplumun kültür düzeyi

Sosyal çevre burada görüldüğü gibi en önemli çevre faktörlerindendir O kadar geniş alanları içermektedir ki fizik ve biolojik çevre de sosyal çevrenin içinde ondan etkilenir haldedir. Bir toplumda sosyal yapı ve kültür çağdaş hale getirilmediği sürece o toplumun sağlık seviyesi düzeltilememektedir. Fizik ve biolojik çevrenin düzenlenme çalışmaları o toplumun sağlık seviyesini yükseltemez. Elde edilen başarılar yeterli olamaz. Kültür seviyesi çağdaşlaştırılamayan toplum kesimlerinin etraflarındaki sınırlı da olsa var olan tedavi edici hizmetler üzerine, kocakarı ilaçlarına, kırıkçı çıkıkçılara v.s. başvurulmasının nedeni budur. Kişi toplumdan yeterli sağlık eğitimi alamamıştır.

Kapitalist toplumlarda çok az bir kesimin aşırı refahı karşılığında, geniş kitlelerin asgari hayat koşulları içinde yaşaması, bu kesimlerin sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu örnek sosyal çevrenin bir unsuru olan toplumun sınflı yapısının kişinin sağlığı üzerine nasıl etki ettiğini gözler önöne sermektedir.

Kapitalist toplumun "tüketime yönelik, kâr için üretim" genel ilkesi emekçi sınıfların sağlığını bozucu en önemli etkendir.

Gerçek sağlık düzeyi, tüketime yönelik üretimde değil, ihtiyaca yönelik üretimde, kar için üretimde değil, herkese ürettiğinin karşılığını veren bir düzen içinde sağlanabilir.

O halde sosyal tıp, tıbbın sosyalize edildiği, ulusal sağlık politikasını çizmiş, sağlık sanayiinde devletleştirmeyi başarmış, ekonomoik ve siyasal olarak bağımsızlığını elde etmiş, sınıfsal farklılaşmanın asgariye indirilebildiği toplumlarda uygulanabilir.

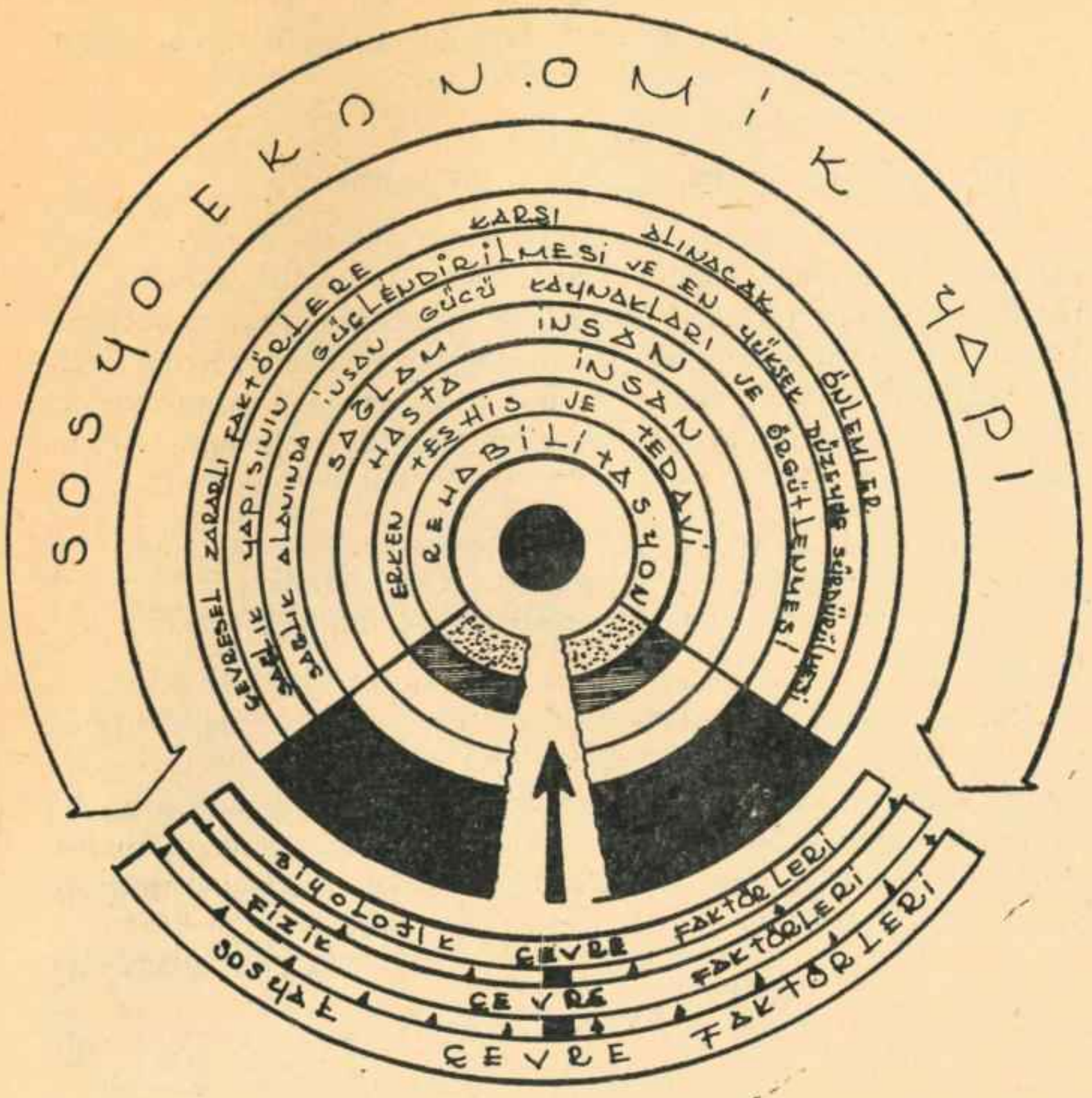
Çevresel faktörleri bu şekilde inceledikten sonra bir toplumun sağlık yapısını sosyal tıp açısından karşı sayfadaki gibi şemalandırabiliriz.

Çevresel zararlı faktörlere karşı alınacak tedbirleri : Aşı, serofilaksi, kemoprofilasksi, dezenfeksiyon, dezensektizasyon.

Sağlık yapısının güçlendirilmesi ve en yüksek düzeyde sürdürülmesi: Beslenme Ana ve çocuk sağlığı, sağlık eğitimi, okul üniversite sağlığı, kalıtım hijyeni, vucut bakısı, konut v.s.

Sağlık alanında insangücü kaynakları ve örgütlendirilmeleri:

a — Kişiye yönelmiş hizmet yapan sağlık personeli (Hekim, ebe, hemşire, fizyoterapist, psikolog, v.s.)



■ KLİNİK ÖNCESİ DEVRE

▨ KLİNİK DEVRE

▩ KLİNİK SONRASI DEVRE

● ÖLÜM

b — Çevreye yönelmiş hizmetler yapan sağlık personeli (veteriner, çevre sağlığı teknisyeni, mühendis, v.s)

c — Labaratuar hizmetleri (hem kişi hem çevreye yöneliktir)

1 — Klinik labaratuarları
II — Gıda kontrol labaraturları
III — Çevre kontrol laboratuvarları
d — Yönetimle ilgili hizmetler.

Bu personelin seçimi, eğitimi, örgütlendirilmesi.

Şemada izah edilen ilk üç çember klinik öncesi çalışmaları meydana getirir. Bundan sonra normal sağlık düzeyinde insanı gösteren çember görülmektedir. Hasta insandan sonra gelen çember, erken teşhiş ve tedavi çemberi klinik devresini gösterir. Rehabilitasyon çemberi ise klinik sonrası hasta kişini mevcut kapasitesine göre en yüksek ve verimli bir duruma getirilebilmesi için yapılan çalışmaları gösterir.

Şemada, sosyo ekonomik yapıya bağlı olarak ortaya çıkan çevresel faktörlerin sağlık üzerine zararlı etkileri, klinik öncesi, klinik ve klinik sonrası çemberleri parçalayışı ve ölümün ortaya çıkışı gösterilmiştir.

Sonuç olarak şunu söyleyebiliriz. Bir toplum ölümün dışında yer alan çeşitli barikatları (çemberleri) ne kadar güçlü örmüş ve çevrenin kişi üzerindeki olumsuz etkenlerini ne ölçüde azaltmış ise, o toplumun sağlık düzeyi o kadar yükselir. Çocuk ölüm hızları düşer, ortalama ölüm süresi (O.Ö.S.) o kadar artar. Toplumun sağlık yapısı güçlenir.

(DEVAM EDECEK)

— Faydanılan Eserler —

— Ekonomi Politik — P. Nikitin Sol Yayınları
— Halk Sağlığı — Halk Sağlığı Derneği Yayın Organı, Sayı 1-2 - 1974.
— Toplum Sağlığı — Tıbbiyeliler Halk Sağlığını Koruma Derneği Yayını Sayı 1-2-3-4 Yıl 1969-1970.
— Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi — Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü. Prof. Dr. N. Fişek 1969.
— Atob — Ankara Tabib Odası Bülteni Sayı 2 1975.
— Eczacılık Tarihi Dersleri — Prof. Dr. N. Şehsuvaroğlu 1970.
— Sosyal Hekimlik Teksiri — Prof. Dr. Nusret Fişek.

ATOB'a abone olunuz

Bir yıllık için 9648 nolu posta çeki hesabına 100 lira yatırmanız kafidir.

Sağlık sigortası endüstrisi

ANKARA TABİP ODASI HALK SAĞLIĞI BÜROSU

ABD'de Sağlık Sigortası kurum ve şirketleri hastane, doktor ve özel şirketlerin para biriktirme aracı, giderek ekonominin iyi kâr bırakan bir sektörü haline gelmiştir.

Sağlık sigortası kurumlarını doktor ve hastane sahipleri kontrol etmekte, yönetmekte, böylece büyük kişisel kârlar sağlamaktadırlar. Özel sigorta şirketleri ise ülkenin büyük finans krallarının elinde olup, bankalar ve büyük şirketlerle simbiotik ilişkiler içindedir.

Bu grupların Sağlık Sigortası Endüstrisini ellerinde tutmaları, sigorta kapsamını daraltmış ve yetersizleştirmiş, yaşlılara, hastalara ve yoksullara farklı muameleler yaparak onları zor durumlara düşürmüş, fiyatları sürekli yükselterek ülkede enflâsyon yaratmıştır.

Bir sigorta için hastalık korkulacak bir şey değildir, aksine altın madeni gibi bir şeydir. Halk için ise hastalık maddî bir yıkımdır. Halk bundan korkarak, daha sağlığında, sigorta kurumlarına, şirketlere milyonlarca para yatırmaktadır. Fakat bu paraların, ne kadarının sağlıkları için harcandığından habersizdir.

ABD'de sigortaların tarihçesi

Bugün ABD'de 2 tip Sağlık Sigortası kuruluşu vardır:

1. Kâr amacı gütmeyen, vergiden muaf Blue Cross (Mavi haç) ve Blue Shield (Mavi kalkan).
2. Ticarî sigorta şirketleri.

Sigorta kuruluşları 19. yüzyılda faaliyete başladıkları halde ancak Büyük Buhran (1928-30) sırasında çok gelişerek endüstri haline geldiler. Bu tarihlerde halk maddî olanaksızlıklar içinde idi ve bu yüzden doktor ve hastane ücretlerini, ödeyemiyordu. Bu durumda zarar eden hastaneler birleşerek Blue Cross isimli sigorta kurumunu kurdular. Buna göre, sigortalanmak isteyen kimseler yılda belli bir prim ödeyecek, hastalandıklarında da, bu kurum onların hastane masraflarını karşılayacaktı. B. Shield de yine buhran sırasında, doktorlar tarafından, bazı kimselerin sık sık hastalandıkları, bazılarının doktor ücretini ödeyemeyecek kadar yoksul oldukları farkedilince kuruldu.

Buna da yılda (her ay) belli bir prim ödenecek, sigortalılar hastalanınca kurum da onların doktor ücretlerini ödeyecekti. Bu kurumlar her ne kadar kârsız çalışıyorlar ise de esas olarak hizmeti değil, doktor ve hastanelerin ücretlerini garantiye almak için kurulmuşlardır.

Bugün bu iki kuruluşun kapsamına giren sigortalıların sayısı 170-180 milyondur. Ticarî sigorta şirketleri sağlık alanında 2. dünya savaşına kadar etkin olamamışlardır. Bu şirketler sigorta sistemine, prim oranları kuralını getirerek sağlık sigortası pazarının önemli bir bölümünü ellerine geçirmişerdir. Bu kurala göre gençler yaşlılardan, sağlamlar hastalardan daha az prim ödeyecekti. Eski sistemde olan kitle dayanışması felsefesi bu sistemde ortadan kalkmıştı. Bu arada sendikalar da işverenlerle yapılan toplu pazarlıklarda sağlık sorununu gündeme getirmişler ve bazı haklar elde etmişlerdir. Buna göre işverenler de işçileri namına sağlık ve refah fonlarına prim ödemişler, bu fonlarla işçilerin sigortalanması sağlanmıştır.

Prim oranları kuralı ile güç duruma düşen yaşlılar ve yoksullar için 1965'de parlâmentodan Medicare ve Medicaid kanunları çıkarıldı. Bunlar bir çeşit hükümet sigortası idi, yaşlı ve yoksulları desteklemeyi amaçlıyordu. Sigorta kurum ve şirketleri, bunların acenteleri olmayı hükümetlere kabul ettirdiler. Bu aracılıktan tatlı kârlar sağlayınca da, kendi konumları değişmemek kaydı ile (yani hükümetin sigorta fonları yine kendi ellerinde olması kaydı ile) ULUSAL Sağlık Sigortası kavramını ortaya atmışlardır.

Sağlık sigortaları halka neler veriyor?

Bugün Amerika'da 160 milyon kadar insan bir birliğin, bir meslekî kuruluşun vs. üyesi olarak sigortalıdır. Bunların primleri maaşlarından, ücretlerinden otomatik olarak kesilir. 40 milyon kadar insan ise (ki bunlar işsiz, serbest çalışan, yaşlı ve hasta kimselerdir) daha fazla prim ödeyerek özel sigorta yaptırmıştır.

Sigorta kuruluşları herkesi sigorta etmedikleri gibi, sigorta ettiklerini de tüm sağlık hizmetlerinden yararlandırmaz, sundukları hizmetlerin ücretlerini de kısmen sigortalıya ödetirler. (Örneğin; sigortalanmak isteyen bir hastaya B. Cross, verdiği cevapta şimdi durumunun uygun olmadığını, durum değişince ilk fırsatta, sigortalanma şansı vereceklerini bildirmiştir.)

Yaşlılar gençlerden daha fazla para ödeyerek sigortalanabilmektedir. Örneğin; 26 yaşındaki bir kadın yılda 318 dolar öderken 58 yaşındaki bir kadın 482 dolar ödemek zorundadır. Ayrıca kadın-

!ar erkeklerden daha pahalıya sigortalanmaktadır. Kronik hastalıkları olanların sigortalanması daha da güçtür.

Sigorta masrafların tümünü karşılamaz. Bu birkaç şekilde olmaktadır. Ya masrafın ilk bir kısmını, ya da belli bir günden sonraki masrafları sigortalıya bırakır. Sigortacılar buna «riskin paylaşılması» diyorlar.

Sigortalar birçok sağlık hizmetlerini de karşılamamaktadır. Bunların başında diş sağlığı, koruyucu hizmetler, hastane dışı ilâç masrafları, görme, işitme muayeneleri, gözlük ve işitme cihazı masrafı gelmektedir.

Gerek masrafların sigortalıya düşen kısmı ve gerekse sigorta kapsamı dışında kalan hizmetler o kadar pahalıya malolur ki, özellikle düşük gelirli sigortalılar, bazen çok gerekli olsa da, hizmetlerden yararlanmak istememektedirler.

Sigorta kuruluşlarını kimler kontrol ediyor?

Blue Cross yöneticilerinin çoğu hastane sahipleri ya da temsilcileridir. Tüm ülkedeki B. Cross yöneticilerinin % 50 si hastane yöneticileridir. Diğerleri de doktorlar ile B. Cross ve hastanelerle ilişkileri olan iş adamlarıdır. ”

B. Cross yönetiminde hastane temsilcilerinin baskın olması yüzünden, hiç sorup soruşturulmadan hastanelere büyük paralar akıtılmaktadır. B. Cross kuruluşlarının yalnız % 20'si hastane masraflarını kontrol etmektedir.

Fakat B. Cross yalnızca hastanelerin para toplama aracı gibi görülmemelidir. Elinden her yıl milyonlarca dolar geçen bir kuruluşta başka dolaplar dönmesi zaten beklenirdi. Örneğin: 1968-1970 arasında Richmond ve Virginia B. Cross'u aynı zamanda kuruluşta yönetim kurulu üyesi olan bir mobilyacıdan 1.2 milyar dolarlık mobilya almıştır. Bankalar da bu yağmaya katılmaktadırlar.

1960 larda Washington D.C. B. Cross'u hiç faiz almaksızın 10-20 milyon dolarını 6 yıl süre ile bir bankada bekletmiştir. Banka ise bundan sadece faiz ödemeyerek yılda 800.000 dolar kazanmıştır. Bankanın yönetim kurulundan bir kişi aynı zamanda B. Cross yönetim kurulunda idi.

B. Cross kendisi için güzel binalar yaptırmakta, idarecilerine yüksek maaşlar ödemektedir. Örneğin: B. Cross Birliğinin başkanı ayda 80.000 dolar maaş almaktadır. 1965-69 arasında idare masrafları % 66 artmıştır.

B. Shield isimli kuruluş ise daha çok doktorların kontrolundadır. 1970'de idarecilerinin 2/3'si doktorlardı. Örneğin: California B. Shield'inin 21 idarecisinden 19'u California Tıp Birliği tarafından seçilen hekimler idi. «Sigortalı Halk» tan seçilen 2 üyeden birisi Bank Of America'nın şube başkanı, diğeri de General Motors'un personel müdürü idi. Bu kuruluşla anlaşması olan hekimler 1966-71 arasında ücretleri her yıl % 7 oranında yükselttiler. Birincil olarak doktorlara çıkar sağlamakla birlikte, bu kuruluştan bankalar, şirketler ve kurum idarecileri de nasiplerini almaktadırlar.

Ticarî Sigorta Şirketlerine gelince : Bugün 115 milyon kişiyi kapsamakta olan bu şirketlerin sayısı yaklaşık olarak 1000 tanedir. 1972'de bu şirketlerin prim gelirleri 14.3 milyar dolar idi. En büyük 10 şirketten biri olan Aetna 1970'de primlerden 1 milyar dolar kazanmıştır. Büyük şirketlerin çoğu aynı zamanda Hayat Sigortacısıdır. Bunlar ABD'de büyük servetlere ve siyasal güce sahiptirler. Her birinin serveti 30 milyar doları geçen Prudential ve Metropolitan Life (en büyük 2 şirket) General Motors ve İTT'den çok büyük, Bank of America'ya eşittir. Bu şirketler ABD'nin en büyük bankaları ve şirketleri ile ortaktırlar. Örneğin : Metropolitan Life'in 28 müdüründen 23'ü bankaların idarî kademelerinde görevlidir.

Bu şirketler siyasal nüfuzlarını da sağlığı sömürmede kullanmaktadırlar. Örneğin : Combined Insurance (13. büyük sağlık sigortası) şirketi eski başkan Nixon'a 1968 seçim kampanyasında 1 milyon dolar, 1972'de yine 1 milyon dolar vermiş, bu arada fiat tespit komisyonundan sigorta primlerinin yükseltilmesi için karar çıkartmıştır.

Bunlar da gösteriyor ki ABD'de ticarî sağlık sigortaları zengin ve nüfuzlu kimselerin kontrolundadır. Yani bunlar halkın sağlığını kendi çıkarları için sömürmektedirler.

Ticarî sigorta şirketleri birbirleri ile rekabet edebilmek için farklı programlar sunmakta. fakat hiçbirinin programı tüm sağlık hizmetlerini kapsamadığı gibi masrafların tümünü de kabullenmemektedir. 1972'de bu şirketler primlerle 14,3 milyar dolar toplamışlar, 10,6 milyar dolarını sağlık kurumlarına ödemişlerdir. 3,7 milyar dolar kâr etmişlerdir. Bu şirketler 1970'de sağlık sigortasından zarar ettiklerini bildirmişlerdir. Fakat bunun içine topladıkları primlerin bankalardan getirdiği faizleri katmamışlardır. Ayrıca bu şirketlerin çoğu grup sigortaları satmaktadırlar. (Sağlık, kaza, hayat, malûllük). Bunları daha çok işverenler işçileri için satın almaktadır. Sağlık sigortası için düşük fiat veren bir sigorta şir-

keti bütün grup sigortasını paket halinde (toptan) satmaktadır, sağlık bölümünden gerçekten zarar etse de diğerlerinden milyonlarca dolar kazanmaktadır.

Yaşlılara destek olmak için kurulan ve bir hükümet kuruluşu olan Medicare de Sağlık masraflarının yalnız % 42'sini karşılamaktadır.

Düşük gelirlileri desteklemek için kurulan Medicaid ise 40 milyon düşük gelirlinin ancak yarısını kapsamakta, çoğuna da sınırlı hizmet götürmektedir. Medicaid ticarî şirketlerden daha düşük ödeme yaptığı için birçok doktor, Medicaid üyesine bakmamaktadır.

Örneğin : New York'daki Dr. ların yalnız % 23'ü Medicaid üyelerine bakmaktadır.

Medicare ve Medicaid büyük kuruluşlardır. 1972 yılında Medicare 8.8. milyar dolar, Medicaid ise 7.6 milyar dolar harcamıştır. Bu kurumlar harcamalarını B. Cross ve B. Shield aracılığı yaparlar. (% 90-95 oranında).

Yani B. Cross ve B. Shield bu kurumların acenteleridir. B. Cross ve B. Shield de «Devlet malı deniz» örneği hastaneler ve doktorlar ne kadar isterlerse hiç sormadan vermektedir. Bu kurumlar sağlık hizmetlerinde enflâsyon yaratmıştır. Hastane masrafları 1956-65 arasında % 6,4 artarken bu programlar uygulanmaya başladıktan sonra yılda % 13.4 artmaya başladı. Dr. ücretleri 1960-67 arası % 3,5 artarken, % 6,7 artmaya başladı. Hastane yapımları arttı, yatak sayısı nüfus artışından 3 kat fazla arttı ve fazla yatak krizi doğdu, ki bu da yılda yüz milyonlarca dolara mal olmaktadır. Fiatların yükselmesi ve kârlar, bu aracı sistem sayesinde olmuştur. B. Cross ve B. Shield fiatları kontrol etmek için hiçbir çaba göstermemektedir.

Birçok durumlarda aynı doktor veya hastaneye birşey için 2 kez ödeme yapıldığı görülmüş, 1967 de California B. Shield'e her ay bu şekilde fazladan 350.000 dolar ödeme yapmıştır. Dr. ve hastaneler medicare ve medicaid hastalarına birçok gereksiz tetkik yaptırmakta, ayakta tedavisi mümkün kimseleri yatırmaktadırlar. California'da Medicaid programındaki çocukların diğer çocuklardan 4 kat fazla cerrahi müdahale geçirdikleri görülmüştür.

Büyük jüri raporuna göre New York Medicaid'i, ölmüş hastalara ev ziyareti için, alınmayan ilâçlar için eczanelere, hastaları birbirine aktaran hekimlere, benzer şeyler için fazladan 1 milyar dolar ödemiş, o kadar ki, bir erkekte gebelik testi bile yapılmış, faturası gönderilmiştir.

Sağlık sigortası endüstrisinde değişikler

Yukarıda anlatılan örnekler devlet tarafından desteklenen sigorta kurumlarının nasıl suistimal edilebileceğini göstermektedir.

Medicare ve medicaid yolu ile büyük bir enflasyona yol açan Blue Cross ve Shield bile yarattıkları enflasyondan yakınmaya başlamışlardır. Hastane ücretleri ticari şirketler için de artmış, bunlar da doğal olarak primlerini artırmışlardır. Yer yer halk bu fiat artışlarına tepki göstermeye başlamıştır.

1970-71 de bütün eyaletler de Medicaid verdiği açıklar yüzünden kriz geçirdi. Bunun üzerine yoksullara yapılan hizmetler kısıldı. Örneğin: California'da hastalara ayda en fazla 2 kez doktora gidebilecekleri ve yalnız 2 reçete alabilecekleri bildirildi. 1968-69 daki 1 milyon kişiden sonra 1971 de New York Medicaid programından da 75.000 üye çıkarıldı.

Tepkiler giderek artış göstermiş, Dr. ve hastane yöneticilerinin B. Cross ve B. Shield yönetimden çekilmeleri istenmeye başlamıştır. Bunun üzerine B. Cross yönetiminde halk temsilcileri artırılmaya başlanmıştır. Pek demokratik olmayan yöntemlerle seçilen bu «halk temsilcilerinin» % 70 i hukukçu ve iş adamlarıdır.

1-2 yerde B. Cross ve B. Shield'e Medicare ve Medicaidin aracılığından el çektirilmiştir.

Sağlık sigortasında sakatlık nerede?

Sigorta şirketleri halkın milyarlarca dolarını sağlık hizmetleri için boşuna almaktadır. 1972 de primlerle toplanan 25.7 milyar doların 21 milyarı sağlık harcamalarına gitmiştir. 4.7. milyar dolar ise idarî harcamalar, yüksek maaşlar, lüks harcamalar rekabet ve satış ilânları ile kârlara gitmiştir. Sağlık hizmetini pahalılaştırmışlar, halkı güç duruma düşürmüşlerdir' Nüfusun % 12 sinin hiçbir sigortası olmadığı gibi, bu hizmetleri satın alacak gücü de yoktur.

Sigorta kuruluşları tıp uygulamalarını da çok kötü etkilemiştir. Bunun en güzel örneği hospitalizasyona eğilimin artmış olmasıdır. Bugün ABD'de hastane sigortası olanların sayısı ambulatuar sigortası olanlardan fazladır. Hastane sigortası olanla en gereksiz test ve tedaviler için hastanelere yatırılmaktadır. Yapılan hesaplara göre hastanede geçen günlerin % 30 unun gereksiz olduğu sa-

nılmaktadır. Bir örnekde cerrahi müdahale sayılarının artmasıdır. Sigorta şirketleri cerrahları daha çok ameliyat yapmaya adeta teşvik etmektedir. ABD'de her yıl 10.000 ölüme yol açan 2 milyon gereksiz ameliyat yapılmaktadır.

Sonuç

Sağlık sigorta kuruluşlarının sağlık hizmetlerinde yer almaları için hiçbir neden yoktur. Bunlar sağlık ticaretini kendilerine doktorlara ve hastanelere para kazandırmak için yapmaktadırlar.

Sağlık sigortası fikri hilelidir. Sonuçta halk ödediğini alamamakta, bir tehlikeye karşı korunmuş olmamaktadır. Hastalar sağlamlardan, yaşlılar gençlerden daha fazla prim ödemekte, yoksul kimseler varlıklılarla eşit prim ödemektedirler.

Eğer sağlık hizmetleri halkın hakkı ise bunun içine kâr düşüncesi girmemelidir. Sağlık hizmetleri herkese açık olmalı ve ödeme kişilerin gücüne göre olmalıdır.

KAYNAK

1. Thomas Bodenheimer
   ABD. Sağlık Politikası Müşaviri.
2. Steven Cummings
   California Üniversitesi
   Toplum Hekimliği Bölümü
3. Elizabeth Harding
   Cal. Üniversitesi
   School of Nursing Associate Prof.
4. Journal of American Health Services
   Vol. 4 — 1974

TOB'a abone olunuz

Şili'de Sağlık Hizmeti ve Sosyalizm

(Bu yazı, **Monthly Review** dergisinin Mayıs, 1975 tarihli sayısında çıkmıştır. Yazarlardan Hilary Modell, Halk Birliği Hükümeti devresinde Şili'de bir sağlık ekibi üyesi, olarak iki yıl çalışmıştır. Howard Waitzkin California'da doktorluk yapmakta ve Stanford Üniversitesinde öğretim görevlisi bulunmaktadır. Yazarlar, eleştiri ve önerileri için, isimlerinin gizli kalmasını isteyen Şili'li dost ve meslekdaşlarına teşekkür borçludur)

Halk Birliği **(Unidad Popular)** Hükümetinin, Şili sağlık sistemini yeniden şekillendirmekte karşılaştığı güçlükler, onun yıkılmasına yol açan çatışma ve çelişkilerin bir çoğunu yansıtmakta-

dır. Bu rapordaki amacımız, Halk Birliği döneminde ortaya çıkan değişiklikleri, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinin götürülüşünü engelleyen politik ve ekonomik etmenleri, ve Şili'nin şimdiki totaliter rejimi tarafından sağlık hizmetlerinin nasıl bozulduğunu incelemektir. Yazının sonunda, tıbbi bakım ve devrimci toplumsal dönüşüm arasındaki daha geniş ilişkileri kısaca tartışacağız.

GERÇEKLEŞTİRİLEN REFORMLAR :

Halk Birliği Hükümeti sağlık hizmetlerini daha eşit dağıtabilmek için, bir dizi program başlattı. Bu programlar esas olarak Şili Ulusal Sağlık Sistemi (USS) tarafından yürütülecekti. Kendisi de doktor olan Salvador Allende, 1950'lerde bu sistemin kurulmasında bizzat çalışmıştır.

Allende'nin çok önem verdiği beslenme, birkaç sağlık programının odak noktasıydı. Tüm çocuklara, hamile ve emzikli kadınlara parasız olarak günde yarım kilo süt veriliyordu. Hükümet, aileleri sütün besin değeri üzerinde aydınlatmak için halk eğitim kampanyaları açtı. Çok yüksek olan bebek ve perinatal ölüm hızlarını yavaşlatmak için hükümet, küçük kentlerde bir klinikler sistemi kurdu ve tüm hastanelerde parasız tıbbi bakım ilkesini yerleştirmeye çalıştı.

Çevre sağlığının önemini kavrayan hükümet, yerleşme koşullarını ve sanitasyonu düzeltmek için programlar başlattı. Ulusal Sağlık Sistemi; aynı zamanda tüm Şili'lilerin parasız olarak yararlanabileceği, bir acil bakım sistemi kurdu. Madencilik ve diğer endüstri kollarında iş kazalarını azaltmak için harekete geçildi.

Tıbbi bakımın dağılımında büyük bir eşitsizlik vardı. Zengin bölgelere kıyasla kırsal ve yoksul alanlarda olanak ve personel kısıtlıydı. Bu yörelerde Hükümet, hastane ve ambulatuvar bakımının düzeltilmesine çalıştı. Bunlara ek olarak hükümetin bir «sağlık treni» güney bölgelerini dolaşarak 30,000 kişiyi tedavi etti. Alkolizmle mücadele için Sağlık Bakanlığı birçok kent ve kırsal bölgede alkol tedavi merkezleri kurdu. Alkolizm konusunda halkı uyarmaya çalıştı. Diğer sağlık sorunlarını da işleyen broşürler yayınladı.

DEMOKRATİKLEŞME VE DESANTRALİZASYON

Bu reformlardan hiçbiri Şili tıp mesleği için özel bir tehdit taşımıyordu. Ne var ki, Halk Birliği sağlık sisteminin finansma-

nında ve güç dengesinde önemli değişiklikler doğuracak hazırlıklara girişmişti. Tıp profesyonellerinin büyük öfke ve direnişine yol açan şey, bu değişiklik tasarılarıydı ve sonunda, politik açıdan daha nötral nitelikli reformları da işlemez hale getiren, bu direniş oldu. Hükümet, genelde, tüketici grupların ve işçilerin toplumsal yaşantıda daha fazla söz sahibi olmalarını istemekteydi. Tıbbi bakım sisteminde işçi-tüketici denetimi yavaş yavaş iki düzeyde ortaya çıktı : mahalli ve hastane düzeyinde.

Mahalli Düzey : Halk Birliği Hükümeti'nin işbaşına gelmesinden önce, Sağlık Bakanlığı Şili'yi coğrafik «bölgeler»e ve her bölgeyi de, sağlık «alanları»na ayırmıştı. Örneğin Santiago'da dört büyük sağlık alanı vardı. Bunların her birinde, tüm yöreye hizmet götüren en azından bir merkezi hastane bulunuyordu. Her alan dahilinde, 50.000 ile 75.000 arasında değişen nüfusa hizmet götüren daha küçük mahalli birimler vardı. Bunlara Mahalle Sağlık Merkezi deniyordu.

Halk Birliği hükümet programının bir bölümü, bu küçük Mahalle Sağlık Merkezlerine daha çok ağırlık vererek tıbbi bakımı desantralize etmekti. Desantralizasyon hedefi ile, sağlık sistemini demokratikleştirmek ve halkın katılmasını arttırmak uğruna çabaların birleştirilmesi, hükümeti, Decreto—602 denilen bir yasayı onaylamya götürdü. Böylece sağlık görevlileri ile halk temsilcilerinin aktif katılmasını sağlayacak bir biçimleniş içine girildi.

Sözü geçen Mahalle Sağlık Merkezleri düzeyinde, sağlık işçileri sendikaları ve toplum örgütleri temsilcilerinden oluşan Yörel Sağlık Konseyleri (consejos locales de salud) kuruldu. Bu konseylerin görevi, toplumun sağlık sorunlarını tartışmak, çözüm yolları önermek, sağlık kampanyalarının (ishalle mücadele, solunum yolları hastalıklarının önlenmesi, çöplerin yok edilmesi, v.b. gibi) yaygınlaşmasını sağlamaya yardımcı olmak ve Ulusal Sağlık Sistemi ile toplum arasında danışma kurulu niteliğinde bir bağlantı halkası işlevi görmekti.

Yine Mahalle Sağlık Merkezi düzeyinde kurulan ikinci bir konsey, yürütme görevi görmekteydi (paritario). Bu grup arasında, Yörel Sağlık Konseyi'nden seçilen temsilcilerle Mahalle Sağlık Merkezi'nin müdürü bulunuyordu. Paritario'nun amacı, Yörel Sağlık Konseyi'nin önerileri uyarınca hareket etmekti ama nihai kararı alma hakkı, Mahalle Sağlık Merkezi müdürüne aitti.

Yine, alan hastanesi düzeyinde benzeri konseyler (alan konseyleri) ve yürütme organları (paritario) kurulmuştu. Onların da görev ve işlevleri benzer nitelikliydi ama ayrıca sağlık planla-

ması ve alan çapında hizmet ve olanakların eş— güdümlenmesi (koordinasyonu) yapılıyordu.

Decreto—602'nin hükümlerini genişletmeye yönelik bir destek sağlanması amacıyla Ulusal Sağlık Sistemi aynı zamanda, sosyo—kültürel gelişmeyi sağlayacak bir program da başlattı. Bu program uyarınca bir sağlık ekibi, toplum temsilcileriyle birlikte çalışarak toplumun temel sağlık gereksinmelerini saptayacaktı. Sağlık ekibi, yerel örgütlerle işbirliği yaparak, çevre sakinlerinin çeşitli sağlık sorunlarını çözümlemeye yönelik kolektif eylemleri teşvik etti, halka sağlık eğitimi götürdü ve Yörel Sağlık Konseyinin Üyesi olarak halkın, çalışmalara doğrudan doğruya katılmasını sağlamaya çalıştı.

Decreto—602, Sağlık Sisteminde yapısal değişikliklere doğru atılmış ilk adımdı. Bu, güçler dengesinin değişmesine yol açacak ve toplumsal katılmayı özendirecek hükümler taşıyordu. Öte yan da bu yenilikler önemli zaaflar da taşıyordu. Konseyler ve sağlık ekiplerinin kuruluş şekli, var olan güç dengesini gerçekte değiştiremiyordu. Gerçi sağlık konseyleri ve **Paritario'lardaki** doktor ların sayısı nispeten azdı (% 10—20 arasında) ama, bu örgütler esas olarak danışma organı niteliğindeydi. Fiilen karar alma yet kisi. mahalle Sağlık Merkezlerinin sağlık müdürlerine aitti.

Birçok sağlık görevlisi ve toplum üyeleri bu zaafların farkındaydı Bazı yörelerde konseyler, halk desteğini harekete geçirerek etkinliklerini güçlendirme olanağını buldular. Halk baskısı bazı somut sonuçlar doğurdu. Örneğin, Şili Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mahalle Sağlık Merkezlerine doktor göndererek, buralardaki personel kıtlığını eleştiren halkın taleplerine karşılık verdi. Bu dönem boyunca öne sürülen diğer toplumsal talepler arasında tıbbi araç ve gereçlerin daha eşit dağıtılması, sağlık personelinin işe alınması ve çıkarılması işlemlerinin halk tarafından denetlenmesi, Yörel Sağlık Konseylerinin çalışma saatlerinin uzatılması ve sağlıkla ilgili işlevleri yerine getirebilecek halk önderlerinin yetiştirilmesi vardı.

1972 sonu ve 1973 başlarında halkın katılma oranı hızlandıkça, birçok Yerel Sağlık Konseyi, yiyecek dağıtımı, taşınması, çevre güvenliği ve endüstriyel üretim gibi işlerle uğraşan kurumlarla isbirliğine yöneldiler. Eldeki olanaklar yetersiz kalmaya başladığı zaman, konsey üyeleri, kendiliğinden kurulan «Sağlık Koruma Komiteleri'nde çalışmaya başladılar. Bu gruplar, halk gücünün gittikçe sesini duyulan biçimlerini oluşturdu. Bunlar, aynı zamanda, tıp mesleğindekilerin sık sık başvurduğu grev ve boykotlar sırasında da halk sağlığının korunması yolunda çok önemli çabalar göstermişlerdir.

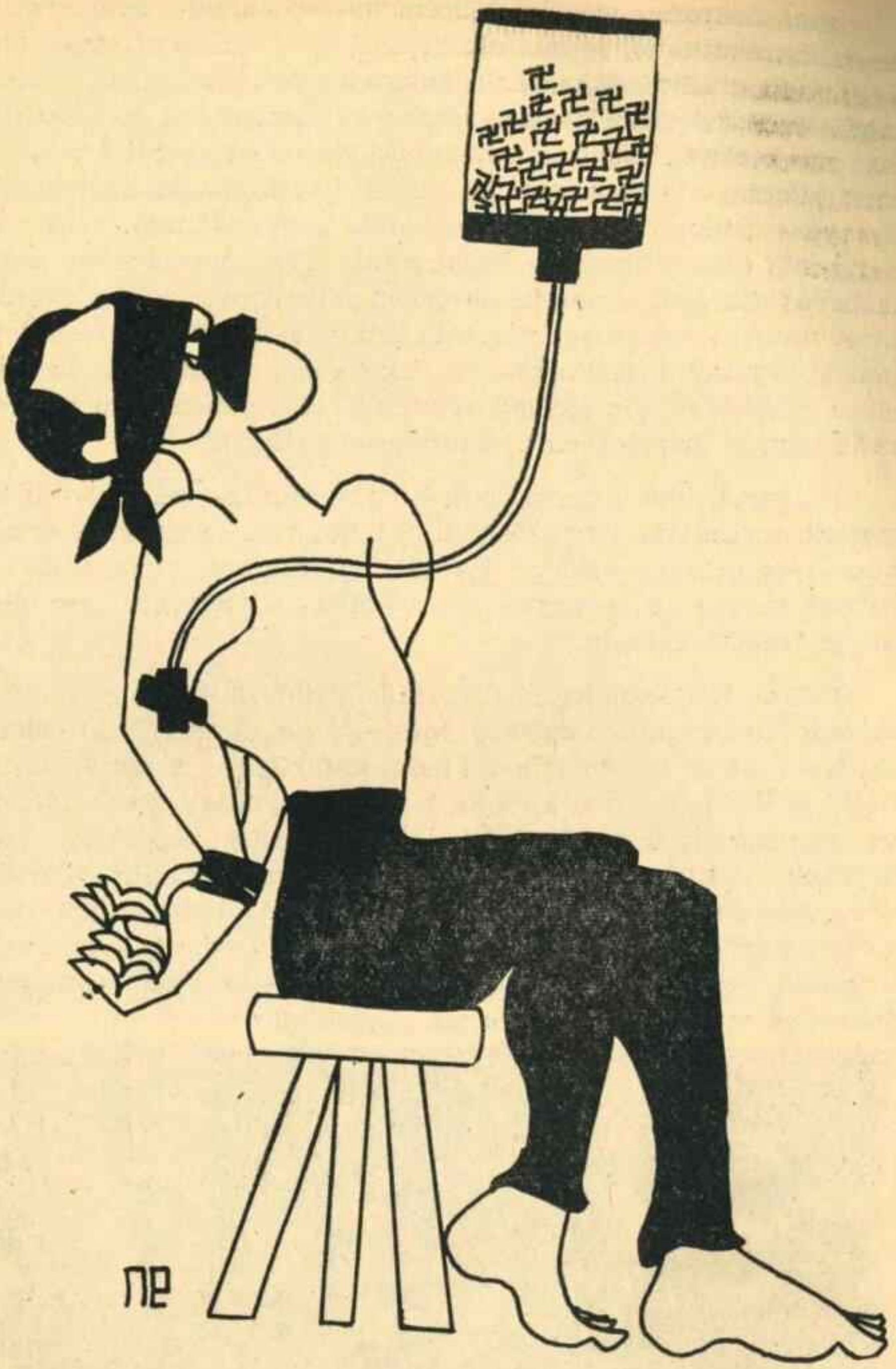
Hastane Düzeyi : Bir çok büyük hastanede, özellikle tıp fakültelerine bağlı olan hastanelerde de, mahalli düzeydeki bu yeniliklere koşut olarak, karar yetkisinin demokratikleştirilmesi doğrultusunda, değişiklikler oldu. Her ihtisas bölümünde (dahiliye, cerrahi, çocuk, v.b.) bir yönetim konseyi kuruldu. Konseyde meslekten olmayan işçilerin (müstahdem, hastabakıcı, bekçi, v.b.) temsilcileri ile meslek temsilcileri (doktor, hemşire, v.b.) yer almaktaydı. Yönetim Konseyi, personele ilişkin ve idari konularda kararlara varabiliyordu. Eskiden bu tür karar alma yetkisi, yüksek düzeydeki profesyonellerin elindeydi. Bölüm yönetim konseyleri, giderek, bir kurum olarak hastane yönetimini de etkilemeye başladı. Çünkü bunlar, tüm hastanenin politikasını saptayacak olan hastane konseyine temsilci gönderiyordu. Bu temsilciler arasında da hem meslekten, hem de meslek dışı personel bulunmaktaydı.

TIBBİ—POLİTİK BİR GERÇEK : SOSYALLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIK HİZMETİ, BURJUVA MESLEK

Tıp mesleğindeki güçler ilişkisini değiştirme potansiyeli gösteren bu değişiklikler, pek az bir zorlama ile gerçekleştirildi. 1952'de onaylanan Ulusal Sağlık Servisi'nde çalışacak doktorların buna katılması zorunlu değildi. Özel muayenehane açabilir ya da Ulusal Sağlık Sistemi'nde çalışıp, bir yandan da özel muayenehane işletebilirlerdi. Belirli koşullar altında doktorlar, Ulusal Sağlık Sistemine bağlı devlet hastane ve kliniklerinde özel hastalarını görebilir ve karşılığında maaşlarına ek olarak muayene ücreti alabilirdi. Sonuç olarak, Şilili'li doktorların % 90'ı, Ulusal Sağlık Sistemi'ne bağlı devlet hastanelerinde en azından yarım—gün esasına göre çalışır olmuştu.

Özel ve kamusal sistemlerin bir arada varoluşu büyük eşitsizlikler yaratıyordu. Özel muayenehane açmanın parasal çekiciliği doktorları hastanede tam—gün çalışmamaya, ya da tam gün çalışsalar bile, özel hastalarına daha çok zaman ayırıp, diğer hastaları ihmal etmeye yöneltiyordu.

Sosyalist hükümetlerin işbaşında olduğu diğer ülkelerin tersine Halk Birliği, özel çalışmayı engelleyecek hiçbir yasal ya da ekonomik önlem almadı. Sağlık Bakanlığı özel ve devlet sektörleri arasındaki rekabetin yüksek maliyetinden yakınıyordu. Ulusal Sağlık Planlaması örgütü, ileride, sağlık hizmetlerindeki kaynakları birleştirip halka eşit olarak dağıtacak bir sistem öngörüyordu.



Yerel Sağlık Konseyleri ve Hastane Konseyleri'nin başarıları dışında hükümetin, sağlık sistemini değiştirme planlarının uygulanabilme gücü yoktu. Hükümetin sağlık sistemini yeniden kurma tasarılarına karşın, günlük işleyişin ayrıntılarında ve özel muayenehanelerin denetiminde pek az değişme oldu.

Ama doktorlar yine de, hükümetçe desteklenen demokratikleşme hareketinden ve mesleki hakimiyetlerinin zayıflaması olasılığından gittikçe daha fazla kaygılanmaya başladılar. Yörel Sağlık Konseyleri ve Hastane Konseyleri birkaç kez, işi aksattıkları gerekçesiyle, özel muayenehanesi olan doktorların geri çekilmesi talebini öne sürmüştü. Doktorlar, Ulusal Sağlık Sistemi'nin, muayene ettikleri özel hasta sayısında kısıntı yapmasından ve daha sıkı denetlenmekten korkuyordu. Yine, hükümetin daha fazla sayıda yardımcı sağlık personeli yetiştirme niyeti de doktorların mesleki hakimiyetini tehdit etmekteydi. 1972'de bazı toplumsal örgütler, kendi üyelerini, değişik sağlık konularında eğitmeye başladılar. Tıp mesleği, uzmanlık dallarındaki bu demokratikleşmeyi, büyük bir duyarlılıkta izlemekteydi.

Ne var ki, doktorların Halk Birliği rejimine karşı kuşkuları mesleki sorunlarla sınırlı değildi. Şili'nin orta ve üst sınıflarının birer üyesi olarak doktorlar, Halk Birliği hükümetinin son dönemlerinde ülkede baş gösteren mal ve hizmet yetersizliklerinden acı acı yakınmaktaydı.

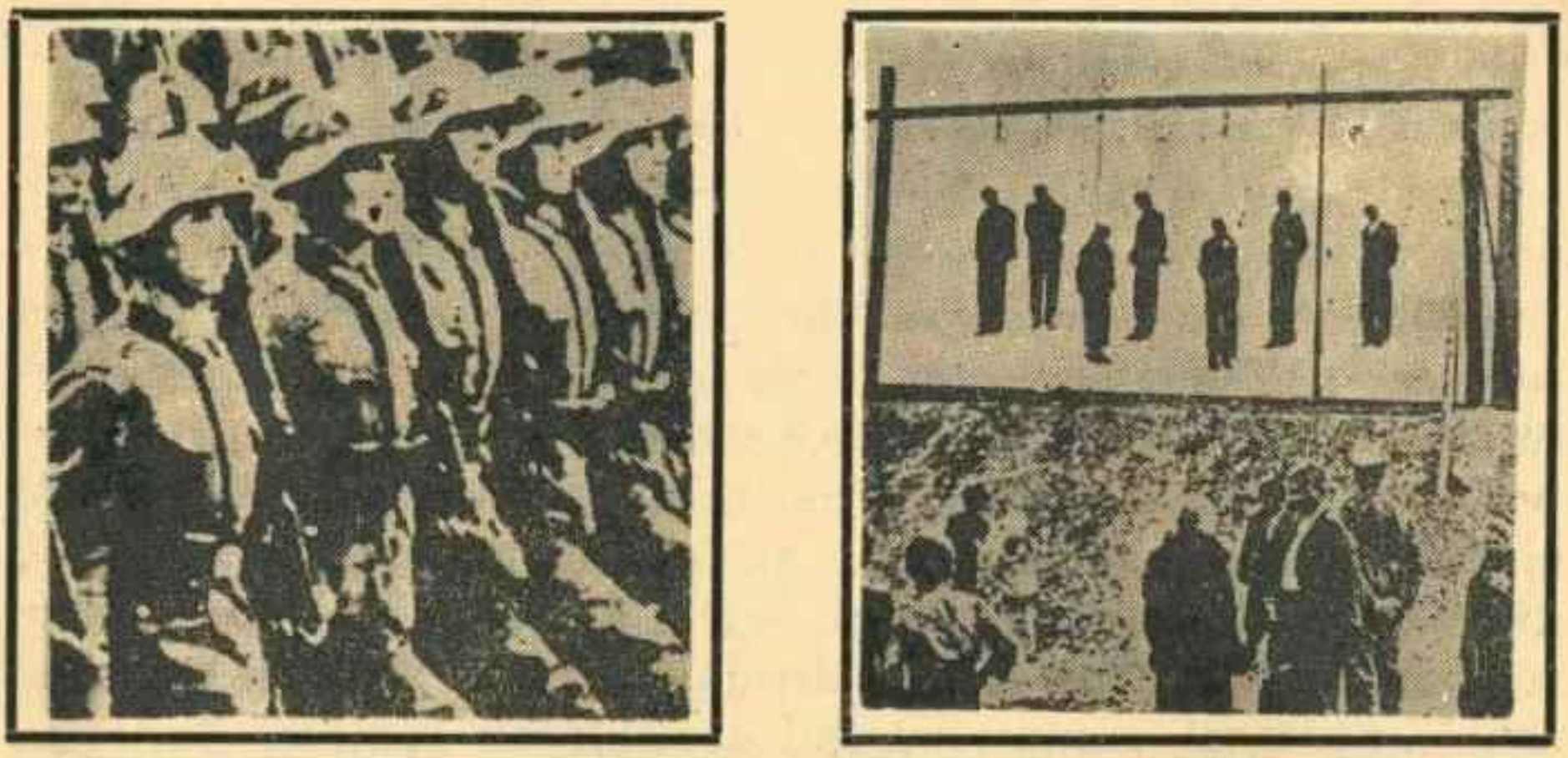
1972'de Şili Tabipler Birliği, Halk Birliği hükümetine karşı şiddetli bir kampanya başlattı. Meslekten olanların % 30 kadarının Halk Birliği'nin amaçlarını hala destekliyor olmasına karşın, Tabipler Birliği bir dizi kınama bildirisi yayınladı. Ekim 1972'de kamyon sahiplerinin uyguladığı lokavtla birlikte başlayan ve ülkeyi felce uğratan «grev» sırasında doktorlar, acil durumlar dışında hasta kabul etmediler. Hastaneler ve Mahalle Sağlık Merkezleri; halkın, Yerel Sağlık Konseyleri'nin, yardımcı sağlık personelinin, sağlık işçilerinin ve hükümeti destekleyen az sayıda doktorun, müşterek gayretleriyle çalışabildi.

Şili'de iktidara gelen faşist cunta, daha ilk günden binlerce aydın, sanatçı ve diğer sınıftan halka karşı katliama girişti.

Bu arada hükümet karşıtı doktorlar, özel muayenehanelerinde, varlıklı hastalarını görmeye devam ediyordu. 1973 Eylül darbesinden hemen önceki haftalarda Tabipler Birliği'nin düzenlediği bir doktorlar grevi, Şili'nin Tıbbi Bakım Sistemini hareketsiz bıraktı. Güçler ilişkisindeki değşmelerden ürken ve ekonomik çakantılardan etkilenen tıp mesleği, askeri diktatörlüğe giden yolun açılmasına yardımcı oldu.

ŞİLİ FAŞİZMİ VE ANLAMI

Şili faşizminin sağlık sistemi üzerinde büyük bir etkisi olmuştur. Mahalle Sağlık Merkezlerinin eski yöneticileri, diğer siyasi tutuklularla birlikte stadyumlara atılmıştır. En azından 35 doktor idam edilmiş ya da işkencede ölmüştür. Tıp fakültesi profesörleri, pratisyenler hapishanelere atılmıştır; doktorlara ve di-



2. Dünya Savaşında Alman faşistleri tarihin en kanlı sahnelerini yaratmaktan çekinmemişti. Aradan yıllar geçtikten sonra Şili'de yeşeren faşizm benzer sahneleri düzenlemekten geri kalmadı.

ğer sağlık işçilerine düzenli olarak işkence uygulanmıştır.

Darbeden sonra, cuntanın Sağlık Bakanlığı, sağlık personelini üç kategoriye ayırdı: Siyasi bakımdan güvenilir; belirsiz (hastane yönetim kurullarınca değerlendirilecek) ve siyasi bakımdan tehlikeli («iflah olmaz»). Şili Tabipler Birliği genel sekreteri, cuntayı destekleyen doktorların, solcu meslektaşlarını kınadıklarını açıklamıştır. 1973 Ağustos'undaki greve karşı çıkan doktorlar kınanmaktadır. Ayrıca bazı doktorların, işkencecilerle işbirliği yaptığı, özellikle işkence seansları sırasında kullanılan ilaçlar konusunda yardımcı olduklarını bildiren sayısız rapor vardır.

İşkenceler, idamlar, işten çıkarmalar.. Ayrıca düzenlenmesine çalışılan bir sağlık s'stemini yerle bir etme. Şili'deki faşistlerin yapabildikleri bunlardır.

Diktatörlük, Allende zamanında sağlık sisteminde yapılan tüm değişiklikleri ters—yüz etmiştir. Yoksul ve kırsal kesimlerde Mahalle Sağlık Merkezleri kapatılmış, ve bunlların işlevi, genellikle çok uzakta bulunan hastanelere devredilmiştir. Sonuç olarak Şili'liler, bir kez daha, sağlık hizmeti sağlamakta büyük güçlüklerle karşılaşıyor. Yerel Sağlık Konseyleri ve hastaneleri yöneten işçi— tüketici konseyleri dağıtılmıştır. Ülkenin hastanelerinin denetimi, cuntayı sürekli destekleyen Tabipler Birliği'ne resmen verilmiştir. Önleyici sağlık hizmetlerinin çoğu (çocuklara parasız süt dağıtımı gibi) durdurulmuş ya da özel iş adamlarına devredilmiştir.

Diktatörlük, tıp fakültelerinde koruyucu hekimlik, halk sağlığı ve toplum bilim kürsülerini kapatmıştır. Bu konuları öğreten öğretim üyeleri işten çıkartılmıştır; halk sağlığı programlarında gönüllü olarak çalışan ve solcu inançlarını dile getiren tıp öğrencileri okuldan kovulmuştur. Sağlık işçileri sendikasının 45,000 üyesinden 12,000'i, Halk Birliği hükümeti'ni destekledikleri gerekçesiyle, tazminat ödenmeden işten çıkartılmıştır. Yine yardımcı sağlık personeli sendikasının 18,000 üyesinden 6000'i işten atılmıştır. Ulusal Sağlık Sistemi göstermelik bir örgüt haline gelmiştir. Çünkü sağlık hizmeti hemen hemen tümüyle özel doktorların denetimine geçmiştir.

Halk Birliği deneyimi de gösteriyor ki, mesleki hakimiyeti (ekonomik ve politik hakimiyet gibi) elinde tutanlar, servetin ve hakimiyetin yeniden dağıtılmasına, mücadele etmeksizin izin vermeyecektir. Şili deneyimi, tıp mesleği seçkinleri tabakasının, toplum içindeki egemen konumu tehdit edilmediği sürece, ancak bu koşulla, yasal süreçlere sadık kalabileceğini belgeliyor. Şili diktatörlüğünün eylemleri, bir sağlık sistemi kurma yönündeki halk hareketini bastırmak için kullanılan taktikleri gösteriyor.

TAHLİL: SAĞLIK HİZMETİ, DEVLET VE TOPLUMSAL DEVRİM

Şili deneyiminden üç genel esas ortaya çıkıyor. Bu esaslar sağlık hizmeti ile ülkenin politik ve ekonomik sistemleri arasındaki bağlantılarla, sınıflı toplumun sağlık sisteminde yansıyan iç çatışmalarıyla, ve sağlık hizmetlerinde küçük reformlar yerine, devlet gücü ve toplum düzeninde temel değişikliklerin yapılması sorunlarıyla ilintilidir.

İlk olarak, **tüm toplumlarda, ama özellikle üçüncü dünyada sağlık hizmeti, ülkenin politik ve ekonomik sistemlerinin ayrılmaz bir parçasıdır.** Sağlık sistemindeki birçok ilerici reformlara karşın, sağlık hizmeti ve diğer toplumsal hizmetlerin halka ulaştırılması için, gerekli ekonomik kaynakların kısıtlılığı, Halk Birliği hükümetini sürekli olarak engelliyordu.

Sahip oldukları sınırlı kaynakları sömüren güçler karşısında, yoksul ülkeler özellikle duyarlıklıdır. Birçok üçüncü dünya ülkesi gibi Şili de gelişmiş ülkelere bağımlıdır. Şili'de tıbbi gereçler ve ilaç gibi hayati maddeler ithal edilir ya da ABD şirketlerinin uzantıları tarafından üretilir. Halk Birliği hükümeti belirli endüstrileri ulusallaştırmaya yeltendiğinde, fazlasıyla dışa bağımlı olan bu ülkeye kredi ve borç kapılarını kapatan uluslararası çıkar çevreleri ekonomik bir bunalım yarattılar. Bu ekonomik boykot, tıp mesleğindekilerin araç ve gereçlerinde de yetersizlikler yarattı.

Şili gibi ülkelerde, dışa bağımlılığa ek olarak, yabancı ülkeler tarafından ülkenin insan ve doğal kaynaklarının tüketildiğine tanık olunur. Sağlık sektörünün bizzat kendisi içinde, üçüncü dünya'dan gelişmiş ülkelere net bir akış olur. Şili gibi ülkelerde eğitilen doktorlar, ABD gibi gelişmiş ülkelere göç eder ve böylece yoksul ülkenin insan kaynağında ve sermaye yatırımında bir azalma ortaya çıkar. Bazı araştırmacılar, üçüncü dünya'dan ABD'ne göç eden doktorlar yüzünden Latin Amerika'nın yıllık

kaybının 200 milyon dolar olduğunu öne sürüyor. Bu sayı, ABD'nin 1960—1970 yılları arasında Latin Amerika'ya verdiği tıbbi yardıma eşittir. Bu sayı, Şili'nin 1970 yılında eğitim için ayırdığı harcamanın tamamına eşittir. Dışa bağımlılık ve kapitalist sömürü kapsamı içinde, insan ve doğal kaynakların ülkeyi yüksek sayılarla terkettiği bir durumda, Şili gibi üçüncü dünya ülkelerinden hiçbirinde sağlık hizmetlerinin gerçekten gelişmesi beklenemez.

Şili deneyinden çıkarılacak ikinci bir ders; **Sağlık sistemindeki iç çatışmalar, sınıflı toplumun iç çatışmalarını küçük düzeyde yansıtır.** Her sosyalist hükümet toplumsal sınıf sorununu ele almak zorundadır. Köken ya da mesleki yer değiştirme nedeniyle tıp mesleği mensupları, büyük ya da orta burjuvazi sınıfına girerler. Bu haliyle onların sınıf çıkarları, genellikle, mal ve hizmetlerin daha eşit dağılımı doğrultusundaki ilerlemelerle çatışır.

Bankacılar ve şirket yöneticileri gibi doktorların da, yoksulluğun tutsağı haline gelmiş insan kitleleri uğruna gönüllü olarak vazgeçemeyecekleri ekonomik çıkarları ve geleneksel bir yaşama tarzları vardır. Ekonomik çıkarların yanısıra, tıp mesleği mensupları, çalıştıkları yerlerde ağırlığı olan görevlere getirilirler. Doktorlar, teknik ustalıkları nedeniyle, sağlık politikaları üzerinde mesleki hakimiyet kurma hakkına sahip olduklarına inanırlar. Onların mesleklerini icra etme koşullarının denetlenmesinde, profesyonel hakimiyetlerini azaltabilecek tüm yenilikler birer tehdit sayılır.

«Şili'de tıp mesleği», Halk Birliği hükümetinin sağlık sistemine karşı çıktı. Meslekten olanların karşı koyduğu girişimler arasında yardımcı sağlık personeli eğitimi, tıp öğrenim süresinin kısaltılması, yabancı doktorların ülkeye gelmelerinin teşvik edilmesi ve sağlık politikası üzerinde tüketici ve işçilerin söz sahibi kılınması vardı. Üst ve orta sınıfların üyeleri olarak tıp mensupları, tüketim malları edinmeye de değer verirler. Şili bunları büyük ölçüde yabancı borç ve krediler karşılığında ithal etmiş ya da üretmiştir. Tüketim maddelerini azaltan ekonomik baskı karşısında tıp mesleği, özellikle duyarlıklıydı. Ve böylece Halk Birliği hükümeti, bir burjuva mesleğin çıkarları ile sürekli bir çatışma içine girdi.

Üçüncü ve en önemlisi, **Şili deneyi göstermiştir ki, toplumsal düzen değişmedikçe sağlık hizmetinde yapılacak küçük reformların fazla bir anlamı yoktur.** Anayasal seçim süreciye işbaşına gelen Allende'nin elinde gerçek devlet iktidarı yoktu. Yani koalisyon hükümeti heterojen bir nitelik taşıyordu ve askeri, yargı,

yasama ya da meslek erki üzerinde denetimi yoktu. Tıp sorunlarında Allende ve destekçilerinin devlet gücüne sahip olmayışı, sağlık hizmetlerini yeniden şekillendirmelerine olanak vermedi. Halk Birliği hükümeti, Şili'de özel bakım sisteminin devamının, eşitlikçi bir sağlık sisteminin kurulmasını engellediğini görüyordu. Gerek hükümet ve gerekse sol muhalefet, sağlık hizmetinde özel ve kamu sektörlerinin birlikte varoluşunun yüksek maliyetini ve yararsız olduğunu kabul ediyordu. Allende zamanında Şili'nin toplam sağlık harcamalarının % 40'ı, nüfusun % 80'ine hizmet götüren Ulusal Sağlık Sistemi'ne gidiyordu. Öte yandan toplam sağlık harcamalarının yüzde 60'ı, nüfusun yüzde 20'sine hizmet eden özel doktorlara gidiyordu. Özel sektörün güçlü olması aynı zamanda, sağlık personel ve olanaklarının da eşitsiz dağılımına yol açıyordu; ülkedeki doktorların yüzde 60'ı başkent Santiago'daydı; Santiago içinde de zengin mahallelerde bulunan doktor sayısı, yoksul kesimlerininkinin altı kat fazlasıydı.

Gerçi halkın sağlığını düzeltmek için hükümet bir dizi program hazırladı ama bunların hiçbiri sağlık sisteminde kalıcı değişiklikler yaratmadı. Anne ve çocuklara süt dağıtmak, yeterli bakımı güvenceye almak için gerçekleştirilmesi gereken yapısal değişiklikler gözönüne alındığında, tatmin edici olmaktan çok uzak bir örlemdir. Parasal bakımdan avantajlı olanlar karşısında yoksulları ezen bir özel kamusal ikilemindeki içsel eşitsizlik, Allende ve danışmanlarının bildiği birşeydi. Şili'deki çok büyük eşitsizlik sorunlarının, özel kesime karşı bir takım zorlayıcı kısıtlamalar getirmeden nasıl çözümlenebileceğini anlamak zordur. Aynı şekilde, tüm doktorların mesleklerinde en azından birkaç yılı, personel eksikliği çekilen kırsal ve kentsel bölgelerde çalışmaya ayırmaları için bazı hükümler getirilmedikçe eşitlik sağlanamaz. Halk Birliği hükümeti gerçek anlamda iktidara sahip olmadığından, sağlık sistemini devletleştirme girişiminde bulunamadı. Özel kamusal ikilemindeki eşitsizlikleri düzeltmek yolunda hükümetin niyetleri, hemen hemen tümüyle teoride kaldı.

Allende, kendi başkanlığını bir geçiş dönemi olarak görüyordu. Bu dönemde yapılacak bir dizi reformlar, toplumun sosyalist yeniden kuruluşuyla sonuçlanacaktı. Hükümet Mahalli Sağlık Merkezlerinin, işçi örgütlerinin ve diğer gruplaşmaların kurulmasını teşvik ediyordu. Bunların nihai amacı Şili toplumundaki güç ilişkilerini tümüyle değiştirmek olacaktı. Ne var ki, bazı istisnalar dışında, bu örgütler hedeflerini gerçekleştiremediler. Mahalli sakinleri ve sağlık görevlilerini, sağlık politikası üzerinde söz sahibi yapmak için kurulan yerel Sağlık Konseylerinde bile, ger-

çek kararları alma yetkisi, tıbbi yöneticilere ait olarak kaldı. Mesleki hakimiyetin sürmesine karşılık, halkın topyekun seferber edilmesi, az da olsa, sağlanabildi. Yine de, hükümetin halk denetimini teşvik etmesine karşın, geleneksel iktidar yapısının yeniden düzenlenmesi amacı gerçekleştirilemedi.

Şili deneyimi, toplumdaki hakim grupların, iktidarı barış içinde teslim etmeyeceğini gösteriyor. Bu açıdan bakıldığında, öyle görülüyor ki, tıbbi bakım üzerinde halkın denetimini kurmak için iktidar yapısında esaslı değişiklikler gereklidir.

Barış içinde sosyalizme geçiş ve demokratik sağlık sistemi kurma potansiyelinin belki de her yerdekinden daha çok olduğu Şili'de, halk denetiminin barışçıl yollardan kurulabileceği umudu boş çıkmıştır. Sağlık görevlileri ve tüketiciler, her zamankinden daha fazla olarak, insancıl bir sağlık sistemi uğruna mücadelenin, aynı zamanda toplumsal düzende kökten değişiklik uğruna mücadelenin, aynı zamanda toplumsal düzende kökten değişiklik uğruna mücadele etmeksizin, başarıya ulaşamayacağını öğrenmelidir.

Sovyetler Birliğinde Sağlık Planlanmasının Teorisi

Çeviren : **Dr. M. Çetin DURUK**

A — GİRİŞ

Birçok ülkede, toplumun sağlığını koruyup geliştirmeye yönelmiş değişik servisler, gelişigüzel bir biçimde gelişmektedir. Bu rastgele gelişme toplumun epidemilerden ve bulaşıcı hastalıklardan korkuları, değişik sağlık hizmeti isteklerine bağlı olarak bir ölçüye kadar kaçınılmazdır. Zaman zaman yapılan tıbbi araştırma ve buluşlar da bu gelişmeyi etkilemektedir. Günümüzde tıbbın ve sağlık sorunlarının karmaşıklığı toplum kesimlerinde etkisini gösteren toplumsal ekonomik ve kültürel etkenlerin, toplumun sağlık düzeyini de etkilemesi ekonomik planlamanın önemini birinci sıraya almıştır. Bu durum sağlık alanındaki çalışmaların gelişigüzel gelişimi yerine düzenli ve verimli gelişmesini gerektirmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için sağlık planlaması gereklidir.

Son 10 yılda sağlık planlamasına ilgi bütün dünyada görünür ölçüde artmıştır. Devletlerin ekonomik ve sosyal gelişmeyi bütün olarak ele almaları, ulusal ekonomi ve insan gücü kaynaklarını sistemli bir biçimde organize etmeleri sonucu bu olay ortaya çıkmıştır. Ulusal düzeyde ekonomik planlaması olmayan ülkelerde de sağlık planlaması yapılabilir. Ancak ekonominin tümüyle planlandığı ülkelere göre karşılaşılan sorunların daha çok ve karmaşık olacağı açıktır.

Sağlık planlamasına gösterilen ilginin artmasının başka nedenleri de vardır. Örneği : Hastalar ve zayıflar ekonominin geliştirilmesinde önemli bir engeldir. İş gücünün korunması ile bu kayıplar önlenebilir. İş gücü korununca işe, hastalığa bağlı gelmeme azalacaktır. Çalışma hayatı uzayacaktır v.b. Toplum sağlığının geliştirilmesi ekonomik ve toplumsal gelişmenin ana unsurudur. Ekonomik gelişmenin planlamasının integral (tamamlayıcı) parçası sağlık planlamasıdır.

Sağlık servisleri kişiler ya da gönüllü kuruluşlarca planlı olarak kurulamaz. Çok pahalıdır. Devletin bu çalışmalarda araya girmesi gerekir.

Günümüzde bulaşıcı hastalıkların denetiminde kullanılan değişik epidemiolojik yöntemler diğer bulaşıcı olmayan hastalıklarda (Trafik kazaları, cardiovascular hastalıklar, kanser) uygulanmağa başlanmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır. Bu gelişmeler toplum sağlığı çalışmalarının alanını daha genişletmiştir.

Tüm bu sorunlar son yıllarda W.H.O.'nın sağlık planlaması ve sorunlarına önem vermesine yol açmıştır. 1951'den beri W.H.O bu konuyu araştıran değişik toplantı ve araştırmalar yapmıştır.

Bu araştırmalar da göstermiştir ki sağlık planlamasında değişik ve karmaşık sorunlar vardır. Toplumsal, ekonomik ve kültürel etkenler toplum sağlığını etkilemektedir. Bu durum planlama ekiplerinde bilim uzmanlarının bulunmasını gerektirmektedir. Planlama ekibinde toplum hekimliği uzmanlarına ek olarak sosyologlar, demograflar, istatistikçiler, ekonomistler yer almalıdır. Planlamanın bir diğer sorunu ise yalnız bir tek ülkede bile değişik bölgelerin demografik, ekonomik, coğrafi ve tıbbî özelliklerinin ayrı olmasıdır. Bu durum tıbbî koruma ve bakım için özel gereksinimleri ortaya çıkarabilmektedir. Bu karışıklık kuşkusuz sağlık servislerinin kendiliğinden gelişmesine yol açmamalı, bir çok ülkede olduğu gibi toplum «deneme tahtasına» dönüştürülmemelidir.

— SAĞLIK PLANLAMASININ TANIMLANMASI —

Sağlık planlaması W.H.O.'nın 4 nolu raporunda şöyle tanımlanmıştır : «Toplum sağlığı servislerinin planlanması, bu servislerin özenle ve akıllıca yorumu, çağdaş bilgi ve deneylerden yararlanarak o toplumun olanakları ve sağlık gereksinimlerine göre düzenli olarak geliştirilmesi» demektir. 1967 yılında gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık planlaması konulu raporda ise «Ulusal sağlık planlaması genel, toplumsal ve ekonomik planlamanın tamamlayıcı bir bölümüdür» demiştir. Planlamada profesyonel politikacıların plana yön verebilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu kişilere tıbbî personel kadar gerek olduğu savunulmuştur. Aynı raporda, planın sürekli olmadığı, değişik kısa yıl aralıklarında yeniden toplumdaki değişmeler ve gereksinimlere göre gözden geçirilmesi gerektiği söylenmiştir.

— SAĞLIK PLANLAMASI VE ULUSAL PLANLAMA —

Her iki plan arasında büyük ilişki vardır. Ulusal planlaması olan ülkelerde sağlık planlaması bunun ayrılmaz bir parçasıdır. Bu ülkelerde sağlık planlaması kalkınmanın itici bir gücü durumuna gelmektedir. Toplumun tıbbi bakım istekleri ise sürekli artmaktadır. Bu istekler de ancak ekonominin gelişmesi ile sağlanabilir. Bazılarının sandığının tersine sağlık servisleri yalnız ekonomik amaçlara değil, ekonominin gelişmesine de etkili olur.

W.H.O. gelişmekte olan ülkelerde sağlık planlaması ile ilgili raporunda bu ülkelerde sağlık servislerine ulusal kaynaklardan ne kadarının ayrılmasını saptamanın zorluğunu belirtmiştir. Bu sorunun derinlemesine araştırılması gerektiğini, buna karşılık sağlık planına ayrılmış olan kaynakların bir plan ile ulusun gereksinimlerine göre çok özenle harcanmasını önermişlerdir.

— SAĞLIK PLANLAMASININ İLKELERİ —

W.H.O. ilgili raporunda bu ilkeleri şöyle saptamıştır :

1 — Toplum sağlığı konusunda devletin politikası açıkça belirlenmeli, planın özellikleri ve kapsadığı alan açıkça saptanmalıdır.

2 — Ulusal toplum sağlığı politikası ülkenin ekonomik ve toplumsal gelişmesi ile uyumlu olmalıdır.

3 — Sağlık planlaması yetkili bir kurul, konşül, bakanlık ya da benzeri kuruluşça yürütülmeli, bu kuruluşta diğer toplum sağlığı ile ilgili olabilecek kuruluş ve bakanlıklardan temsilciler yer almalıdır.

4 — Sağık servisi türlerinin alanı ve planın kapsadığı nüfus geniş olmalıdır.

5 — Sağlık planı hazırlanırken, o ülkenin, yönetim sorunları, demografik, toplumsal, kültürel, ekonomik durumu ile ilgili somut verileri göz önünde tutmalıdır.

6 — Plan sağlığı koruyucu ve geliştirici programlar arasında koordinasyonu sağlamalı, toplum sağlığı konusunda değişik yönlerden görev almış olan bakanlıklar arasındaki ilişkiyi göz önünde tutmalıdır.

7 — Plan, başarısı için gerekli olan belli bir süreye göre düzenlenmelidir. Değişik durumlar ya da uygulanma sırasında elde edilen yeni bilgiler karşısında gerekli olduğu kadar esnek olmalıdır.

8 — Plan için gerekli finansman, insangücü ve bilgi, kaynakları gibi ülkelere göre değişen ölçüler tama yakın olmalı, plan bu kaynakların gelecekte düşünülen durumunu da göz önünde tutmalıdır.

9 — Ulusal sağlık planının yürütülmesi ve geliştirilmesi sırasında çok dikkatli ve doğru kayıt tutulması, gözlemlerin yapılması, planın bu verilere göre geliştirilmesi gerekir.

SAĞLIK GÖSTERGELERİ, NORMLARI VE STANDARTLARI

Bir toplumun sağlık düzeyini ölçebilmek için, tıbbî bakım olanakları ve gerekli olan insangücüne ilişkin bilgi veren göstergeler gereklidir. Bunlar 3 ana grupta toplanırlar.

a. Verilen bir bölgede kişilerin ve toplumun sağlık durumu ile ilgili değişik bilgiler, (Vital istatistikler, beslenme v.s.)

b. Araştırılan bölgenin sağlık düzeyine az ya da çok etki yapan fizik çevre koşulları ile ilgili bilgiler.

c. Sağlık düzeyini yükseltme amacına yönelmiş sağlık servisleri ile ilgili bilgiler. (Hastahaneler, doktorlar, yardımcı sağlık personelinin sayıları ve kullanılış yöntemleri)

Bunlara ek olarak çocuk ölüm hızları, bulaşıcı hastalıklarda mortalite hızları, sağlık servisleri ve çalışmaları ile ilgili özel göstergelerin de bilinmesi gerekir.

1966 yılında W.H.O.'nın uzmanlar komitesi bu göstergeleri iki bölümde toplamıştır.

a. Kaynaklarla ilgili göstergeler. (Para, insangücü, diğer olanaklar, organizasyon)

b. Sağlık ve hastalıklarla ilgili göstergeler. (Sağlık düzeyi, mortalite, morbidite, sakatlık oranları)

Bu göstergelerin sayısının arttırılması, sağlık planının bunlara göre düzenlenmesi, planın toplumun sorunlarına daha yakın olmasını getirir. Bu göstergelerin aralarındaki ilişkiyi araştıran istatistik veriler ise soruna daha geniş bir bakış açısı getirir. Değişik verilerin büyüklüğü, kullanılan özel yöntemlere göre değişmeler gösterebilir. Karşıt etkenlerin ölçülmesi ile bu büyüklük saptanabilir. Doğruluğu ilgilendiği olayı yansıtıp yansıtmaması ile ortaya konulur.

Kitlelere götürülen sağlık hizmetlerinin temel göstergelerinden biri de kullanılan tıbbî personel sayısıdır. Ayaktan ve poliklinıklerden bakılabilen hasta sayısı, hastahane ve sanatoryum bakımı, epidemiyoloji ile ilgili değişik servislerin durumu, hekimlerin dağılımı, yüklendikleri görev sayısı, sağlık hizmetleri ile ilgili nesnel göstergelerdir.

Bu göstergeler bütün ülke için saptanmış norm ve standartlara göre ortaya konulursa, değer kazanırlar.

— GERÇEKÇİ BİR PLANIN ÖZELLİKLERİ —

18. W.H.O. Sağlık Kongresinde gerçekçi bir planın özellikleri şöyle saptanmıştır.

Plan basit, anlaşılır, esnek, değişik aşamalara bölünmüş, toplum tarafından kabul edilebilir, hesapları yapılmış, bütün aşamalarının süresi doğruya yakın olarak öngörülmüş, her aşamasının gelişmeye açık ve birbiriyle uyumlu olması gerekir.

Bu özellikler önem sıralarına göre şöyle sıralanabilirler.

a. Anlaşılır ve düşünülen amaçlarla düzenleme arasında dengeli olmak,

b. Esnek olmak,

c. Kaynakların kullanımında dengeli olmak,

d. Var olan ve potansiyel olan insangücü, kaynaklar ve gereksinimlerin doğru saptanması.

Bir plan uygulanırken tıbbi bakımın nicel ve nitel yanlarının teknik ve ekonomik hesaplarla saptanması, uzmanların bunları halk sağlığı ve demografik açıdan yorumlamaları gerekir.

Böyle bir çalışma gereksinmelerin irdelenmesi, bunların ne kadar sağlanabildiği, eldeki kaynakların ortaya konması ve planın her aşamasında toplum sağlığını etkileyen etkenlerin iyi saptanması ile oluşabilir. Gerekli finansmanın sağlanması ve geliştirilmesi, tıbbî personelin eğitiminin geliştirilmesi, toplum sağlığının geliştirilmesinin nitel bulgularıdır. Bu bulgular aynı zamanda toplum sağlığının ulusal ekonomi içindeki önemini de belirler.

Plan, toplum sağlığı içindeki değişik bölümler (Epidemiolojik ve sağlık servisleri, koruyucu ve önleyici servisler, tedavi edici servisler, tıbbî personelin eğitimi v.b.) arasındaki ilişkileri doğru olarak saptamalı ve bunların içindeki değişik bölümlere ne kadar ağırlık vereceğini hesaplamalıdır.

Örneğin : Tedavi edici çalışmalar; ayaktan bakım, evde ve işyerinde bakım, hastahanede bakım, sanatoryumda bakım, dinlenme evleri, v.b. gibi çok değişik bölümleri içerir. Plan bunların dağılımlarını, oranlarını belirlemelidir.

Plan düzenli yapılmazsa, bazı alanlarda birden fazla sağlık hizmeti götüren örgütler varken, bazı çalışma alanlarında ise kaynaklardan yoksun, zayıf sağlık servisleri ortaya çıkabilir.

Yanlış yapılan bir planın uygulamada başarısızlığa uğradığı, bir tür sağlık bakımının sağlanamaması ve bu gereksinimlerin başka yollardan sağlandığının ortaya çıkması ile anlaşılır. Örneğin hastahane yataklarının sayısının azaltılması durumunda ayaktan bakılan hastaların sayısı ve başvurma oranı artar. Yapılan hesaplara göre bu durum yataktan daha pahalıya gelmektedir. Hastahane yataklarının çok fazla arttırılması ise topluma başka yönlerden pahalıya gelmektedir.

ÖNEM SIRASININ SAPTANMASI VE TOPLUM SAĞLIĞI POLİTİKASI

Bir sağlık planı öncelik sistemine göre kurulmamışsa gerçekçi sayılmaz.

Eldeki kaynakların kaçınılmaz olarak sınırlı oluşu yüzünden toplum sağlığı uzmanlarının karşılaştıkları bütün sorunları arka arkaya çözebilmeleri olanaksızdır. Bu yüzden önceliklerin belirli bir düzen içinde sıralandırılması dikkatin değişik aşamalarda toplum sağlığının belirtilen bir bölümüne yoğunlaştırılıp, sorunların çözümü gerekmektedir. Her ne kadar bu, diğer bölümlerin gelişmesini geçici olarak geciktirse de sağlık planının birbiriyle uyumlu olarak değişik parçalara ayrılması gereklidir. Öncelik saptandıktan sonra toplum sağlığının değişik kaynakları bu bölüme yöneltilir. Onun sorunları gündeme getirilir. Bu anahtar bölümün saptanması, doğaldır ki halk sağlığının diğer pekçok değişkeninin ihmal edileceği anlamına gelmez.

Öncelik saptanması sorunu sağlık planının amaçlarına ve toplum sağlığı politikasına bağlıdır. Soruna bu açıdan bakınca plan sağlık politikasının rakamlarla anlatılması olarak düşünülebilir.

Planın amaçlarının saptanması ve değişik bölümlerinin öncelik sırasına göre sıralandırılması karışık bir sorun olup ancak varolan durumun doğru bir incelenmesinin yapılması ile ve planın gelecekteki umulan gelişmesine göre çözümlenebilir.

Örneğin 1966 - 1970 S.S.C.B. halk sağlığı planının ana noktaları şu çalışmalara öncelik tanınarak hazırlanmıştır. (Önem sırasına göre)

1. Özellikle çocuklar arasında mortalite ve morbidite hızlarını azaltmak.

2. Bulaşıcı hastalıkların eradikasyonunu, devam edenlerin insidansının azalmasını,

3. Tıbbi bakımın (kalitesinin) bütün yönleriyle geliştirilmesi.

4. Tıbbi araştırmaların yönetimi, araştırıcı personelden sağlanan yararın geliştirmesini,

5. Kalifiye personelden yararlanmanın arttırılması tıbbi eğitimin geliştirilmesini,

6. Sağlık servislerinin araç gereç ve teknoloji açısından geliştirilmesini,

7. Halkın çalışma ve yaşam koşullarının denetiminin geliştirilmesini sağlamak.

W.H.O.'nun toplum sağlığı yönetimi uzmanları öncelik saptanmasında koruyucu çalışmalara öncelik verilmesini savunmuşlardır Buna ek olarak, ana ve çocuk sağlığı üretimde bulunan halk kesimlerinin sağlığını ve özellikle bunu etkileyen beslenme durumunu düzenleyen çalışmaları önermişlerdir.

Bununla birlikte toplum sağlığının ekonomik görünümü, toplum sağlığı politikası ve öncelik saptanması belirli bir uyum içinde olmalıdır.

-- **TOPLUM SAĞLIĞININ EKONOMİK GÖRÜNÜMÜ** —

Birçok ülkelerde önceliklerin saptanmasında bilinçli ya da bilinçsiz olarak ekonomik kuralları kullanılır.

1. Ağırlığın daha ucuz olan koruyuculuğa yöneltilmesi böyle ortaya çıkar.

2. Yaşama şansları daha çok olan genç insanların hayatının kurtarılması üretimin arttırılması açısından gereklidir.

3. Daha ucuz korunulabilen hastalıklarda öncelik tanınması daha ekonomiktir.

4. Kalifiye işgücü ve çalışma saatlerinin kaybının azalması durumunda daha iyi sağlık servislerine gidilmektedir.

Toplum sağlığının ekonomik gelişmeye katkıda bulunması gerçeği bu konunun ekonominin bir dalı anlamına geleceği demek değildir. Bu konu üretimin arttırılması ile değerlendirilmeli, tıbbi bakım ve endüstriel hijyenin geliştirilmesi ise yalnızca kârlılık açısından alınmamalıdır. Toplum sağlığı karakter olarak insancıldır, ve onun görevi kişilerin sağlıklı bir yaşam gereksinmelerini sağlamaktır. W.H.O.'nın da belirttiği gibi sağlık servislerinin kişilerin refahında diğer yönlerinin de ölçülmesinin zor olmasına rağmen, çok yakından etkilidir.

Toplum sağlığının yönetimi ekonomik sorunların zorunluluğunu göz önünde tutmalıdır. Tıbbi bakımın sağlanması için değişik tür organizasyonların karşılaştırılması, verimli olan

için tıbbi personelin yetiştirilmesi, değişik tıbbi bakım türlerinin ücreti gibi konularla her zaman karşı karşıya kalırlar. Bu yüzden toplum sağlığı yöneticileri ekonominin temel ilkelerini, tekniklerini bilmek zorundadırlar. Bu kişilere verilecek eğitimde maliyet hesapları ve bütçe hazırlanması öğretilmelidir.

— PLANLAMADA SÜREKLİLİK —

Bir ülkenin ekonomisi sürekli olarak değişim gösterir. Bu nedenden planlama için seçilen zaman dilimi değişik olabilir. Ayrıca hiç bir plan uygulama sırasında ortaya çıkabilecek bilimsel ve teknolojik gelişmeleri tam olarak saptayamaz.

Plan uygulanmaya başladıktan sonra, bazı bölgelerin durumu ve diğerleri ile ilişkisi değişim gösterebilir. Bu nedenle plân sürekli olarak düşünülmeli, zaman zaman düzeltmeler yapılıp gözden geçirilmelidir. Toplumun sürekli değişen ve gelişen gereksinimleri ile bunları karşılayabilecek kaynaklar arasında denge kurulmalıdır. Bu açıdan planda öngörülen süre yeterli olmalı, düşünülenlerin başarıya ulaştığı görülmelidir. Sonuç olarak, planlama devresinin uzunluğu karar verilenlerin gerçekleşmesi için gereken zamana bağlıdır. Örneğin sağlık bakım kuruluşlarındaki araç ve gereçlerin gelişimi (gerekli istatistik verilerin bulunduğu düşünülürse) kısa bir zaman içinde denetlenebilir. Bunun için kısa süreli bir plan yeterlidir. Oysa bir başka örnekte durum daha değişiktir. Hekimlerin ve hemşirelerin yetiştirilmesinde 3 ve 6 yıl geçmeden planın düşünülen sonuçları ortaya çıkmadığı için uzun süreli bir plan gereklidir. Planlamanın sürekli oluşu demek, planlanan her aşamanın birbirine bağlı olması demektir. Kesintiler olmamalıdır.

— SAĞLIK PLANLAMASI YÖNTEMLERİ —

Sovyetler Birliği'nde «analitik yöntem» kullanılmaktadır. Bu yöntem şu aşamaları içerir:

a. Asıl sorunun araştırılması için genel süreç (process) in parçalanması (bölünmesi).

b. Bütün olarak genel süreç üzerine parçaların, özellikle en önemli olacağı düşünülenlerin etkisinin belirlenmesi.

c. Uygun genel sonuçların soptanması. Diğer bir kullanılan yöntem ise «xpert evaluation» yöntemidir. Bu yöntemde tıbbi bakım için gerekenlerin kapsamlı olarak değerlendirilmesi, bunların sağlanabilme yolları, eldeki kaynaklar vb. gibi konular araştırılır. Diğer yöntemlerden bazıları kısaca şunlardır.

Cost benefit analizi : Bir özel projenin maliyeti ile ondan elde edilen yararların karşılaştırılması yöntemidir.

Balans yöntemi : Kaynaklar ile gereksinimler arasında denge kurmaya çalışan bir yöntemdir.

Ratio - Proportion yöntemi : Planın değişik bölümlerinin oranının düzenli olmasını amaçlar. Örnek : S.S.C.B.'de tıbbi olanakların nüfusa oranı sağlık gelişmesinin planlamasında önemli bir ölçüttür.

Planlamada asıl olan kaynakları en az kullanarak en çok verimin elde edilmesidir. Günümüzde sağlığı etkileyen etkenlerin çok değişik oluşu bu hesapların çok zorlaşmasına ve ancak kompiter yapılabilmesine sebep olmuştur.

— SAĞLIK PLANLAMASI İÇİN GEREKENLER —

Planlama, eğer elimizde gerekli veriler varsa yapılabilir. Nüfus, yaş, cins, meslek ile ilgili veriler en önemlileridir. Nüfus dağılımı ile ilgili veriler de önemlidir.

İkinci sırada, gün geçtikçe daha çok insangücü kaybına neden olan morbidite verileri, bebek ölümleri, ve ölüm nedenleri ile ilgili veriler gelmektedir.

Son olarak ise sağlık alanında insangücü kaynakları, tıbbi bakım olanakları ile ilgili veriler gereklidir.

Eğer bu veriler yetersizse ya da hiç yok ise sağlık durumunu belirleyen özel araştırmalar, planlamadan önce yapılmalıdır. Bunlar genel nüfusu temsil edebilecek örnekler üzerinde yapılabilir.

— PLANLAMA ÇALIŞMASININ ÖRGÜTLENMESİ —

1. Mevcut durumun doğru saptanması,
2. Bölgelerdeki çalışmada verimi arttıracak önerilen düşüncelerin tanımlanması ve açıklanması.
3. Değişik aşamalardaki sağlık personelinin gereksinim ve eğitimleri için gerekenlerin doğru olarak öngörülmesi.
4. Düşünülen projelerdeki değişik çalışmaların maliyeti ve bunların ayrı ayrı yazılması.
   a. Ana harcamalar. (binalar, araçlar, taşıtlar v.b.)
   b. Sürekli harcamalar (personel ve materyal)
5. Beklenen sonuçların açık olarak yazılması.
6. Beklenen ekonomik etkilerin olabildiğince doğru öngörülmesi.
7. Diğer alanlardaki çalışmalar için öneriler. (Örneğin sağlık eğitimi, çevre sağlığı v.s.)

KAYNAK :

— G.A. POPOU — PRİNCİPLES OF HEALTH PLANNİNG İN U.S.S.R.
W.H.O. YAYINLARI NO : 43

NEVZAT EREN

(1937 – 2000)

Dr. M. Akif AKALIN
İTF – TEAD (2012)

Ülkemizde toplumcu tıp alanındaki başarılı uygulamalarıyla adı hocası **Nusret Fişek**'le birlikte anılan Nevzat Eren, **18 Temmuz 1937**'de Gaziantep'te dünyaya gelmiştir. 1961 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş ve hekimlik yaşamına öğrenimi sırasında aldığı burs karşılığında zorunlu hizmetini yerine getirmek üzere Hacıbektaş Hükümet Tabibi olarak başlamıştır.

1963 yılında askerlik hizmeti için Hacıbektaş'tan ayrılan Eren, askerlik hizmetini 1964'de Antakya – Kırkhan'da tamamladıktan sonra zorunlu hizmetinin geri kalanı için Erzurum'a atanmış ve 1968 yılına kadar Erzurum'da Sıtma Savaş Bölge Başkanlığı yapmıştır.

Nusret Fişek, 1967 yılında Sağlık Bakanlığı müsteşarlığından ayrılarak Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölüm Başkanlığı'na geçince[1], sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerdeki *başarılı* hekimleri Bölüm'de asistan olmaları için davet eder. Bu davet üzerine 1968 yılında Toplum Hekimliği uzmanlık eğitimine başlayan Eren, eğitimini 1971 yılında tamamlamıştır.

1972 yılında bir süre Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Planlaması üzerine çalışmalar yapan Eren, 1972 - 1975 yılları arasında Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkan Yardımcılığı görevini yürütmüştür.

1975 yılında doçent olan Eren, 1975 - 1978 yılları arasında ise Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı sorumluluğunu üstlenmiştir. 1978 yılından ölümüne kadar Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmıştır.

1982 yılında profesörlük için başvuran Eren, Hacettepe Üniversite senatosu tarafından *beş kez* geri çevrilmiştir. Profesörlüğünü mahkeme kararıyla 1992 yılında *kazanmıştır.*

Nevzat Eren'in akademik kariyeri yanında sosyal ve siyasal yaşamda da parlak bir kariyeri vardır. Türkiye'de işçi sınıfı mücadelesinin yükseldiği 1970'li yıllarda sosyalistler hayatın her alanını barış, demokrasi ve sosyalizm savaşımında bir mevzi haline getirme çabası içine girmişlerdir. Kuşkusuz bunlar arasında meslek örgütleri de bulunmaktadır. Ankara, İstanbul ve İzmir başta olmak üzere Türkiye'nin birçok bölgesinde Tabip Odaları ve Türk Tabipleri Birliği'nde örgütlenen sosyalist hekimler, faşistlerin[2] karşı koymalarına karşın meslek örgütlerinin yönetimlerine gelmişlerdir. Bu dönemde Eren, Ankara'daki **İlerici Hekim** hareketinin önderleri arasındadır.

Eren, 1976 – 1984 yılları arasında (12 Eylül 1980 faşist askeri darbesi döneminde kısa bir kesintiyle) Ankara Tabip Odası (ATO) başkanlığı yapmıştır. 12 Eylül'de Türk Tabipleri Birliği (TTB) önce kapatılmış, yöneticileri (**Erdal Atabek**) tutuklanmış ve daha sonra sosyalistlerin hekim örgütü içindeki gücünü kırabilmek amacıyla diş hekimleri TTB'den kopartılarak, örgütün merkezi Ankara'ya taşınmıştır. Bu dönemde TTB'nin Ankara'da örgütlenmesi için hocası Nusret Fişek ile birlikte her türlü çabayı ve özveriyi (aralarında para toplayarak TTB için yer tutulması dahil) gösteren Eren, TTB Merkez Konseyi üyeliği ve 1984 – 1988 yılları arasında TTB Yüksek Onur Kurulu üyeliği görevini yürütmüştür.

Nevzat Eren'e TTB tarafından Nusret Fişek'in altıncı ölüm yıldönümü anma törenlerinin düzenlendiği 3 Kasım 1996'da **Nusret Fişek Hizmet Ödülü** verilmiştir.

Ülkemizde toplumcu tıp alanında en üretken yazarlardan biri olan İlker Belek, Nevzat Eren için şu satırları kaleme almıştır:

> "... halk sağlığı bilimimizin kurucularından, tam çekirdekten yetişme bir halk sağlıkçı, en ücra köşelerde çalışan sağlıkçıların dert ve çözüm babası, hekim hareketinin her düzeyinin tam emekçisi, bir bilge kişi, erenlerden Nevzat Eren'dir. Türkiye'de halk sağlığı bilimini hekim hareketi ve emek mücadelesiyle organik ilişkiye sokan ilk ve bunu en iyi başaran halk sağlıkçısıdır. Hekim hareketinde bilimci bir militan ve akademide sonuna kadar halkçıdır. YÖK düzeninin akademik ilerlemesini durdurması CV'sindeki onurdur".

Eren'in Nusret Fişek'in öğretisinin eğitici ve uygulayıcıları arasında ilk sıralarda yer alması gerektiğini yazan arkadaşı Özen Aşut, Nevzat Eren'i Ayşe Akın, Doğan Benli, Rahmi Dirican, Osman Zeki Kaya ve Hüsamettin Ayar ile birlikte Nusret Fişek'in *gerçek öğrencileri* arasında saymaktadır:

> "Hocamız Nusret Fişek, bu insanların her birini, ülkenin en gerekli yerlerinde hizmet verirken bulmuş; onları toplum hekimliği eğiticileri olarak yetiştirmek için Sağlık Bakanlığı'na ve üniversiteye çağırmıştır".

Nevzat Eren 13 Mart 2000'de yaşamını yitirmiştir. Ölümünden 10 yıl sonra Ankara Tabip Odası'ndan meslekdaşları anısına **Bir Sağlık Sevdalısı: Prof. Dr. Nevzat Eren'den İleriye Kalanlar** isimli bir kitap yayınlayarak, Nevzat Eren'in önemli yazılarından bir kısmını bu kitapta toplamışlardır[3]. Bu kitapta yer alan yazılardan özellikle yaşamını yitirmeden önce kaleme aldığı son yazılarından biri olan **Halk Sağlıkçılara Son Sözleri** (Ekim 1999) başlıklı mesajı (Eren bu mesajı Malatya'da düzenlenen ve sağlık sorunları nedeniyle katılamadığı toplantıya göndermiştir) çok değerlidir. Eren *vasiyeti* sayılabilecek bu mesajında Halk Sağlıkçılara şöyle seslenmektedir:

> " ... halk sağlığı öğretim üyelerinin önemli bir bölümü "Herkes kendi evinin önünü süpürmeli", "her şeyi devlet yapamaz, halk sorunlarını kendisi çözümlemelidir", "herkesin hekimini seçme hakkı vardır" yolundaki temelsiz ve inançsız görüşlerden yanadır. Bu yaklaşıma verilmesi gereken yanıt:
>
> > "Bizi başarıya götürecek olan sosyal devleti törpülemek değil, halka inancımız ve meslek aşkımız"
>
> biçiminde olmalıdır".

Yine bu kitapta yer almayan ve yaşamını yitirmeden önce kaleme aldığı son yazısı da (14 Mart 2000'de Cumhuriyet gazetesinde yayınlanmak üzere kaleme aldığı **14 Mart'ın Düşündürdükleri** başlıklı yazısı) çok değerlidir ve bu çalışmanın sonuna (Okuma Parçası) eklenmiştir.

ATO her yıl Nevzat Eren anısına **Nevzat Eren Ulusal Halk Sağlığı Sempozyumu** düzenlemektedir. Bu sempozyumların on ikincisi, bu yıl 17 Mart 2012 tarihinde Ankara İbni Sina Hastanesi Hasan Âli Yücel salonunda gerçekleştirilmiştir.

NEVZAT EREN'İN ESERLERİNDEN

Nevzat Eren'in yayınlanmış 20'den fazla kitabı ve çok sayıda makalesi bulunmaktadır. Bir dönem Cumhuriyet gazetesinde köşe yazıları yazan Eren, hekimler arasında en çok Zafer Öztek ile birlikte editörlüğünü yaptıkları **Sağlık Ocağı Yönetimi** ile kendisinin yayınladığı **Sağlık Yönetimi ve Sağlık Mevzuatı** isimli kitaplarıyla tanınır. 12 Eylül faşist askeri darbesinden sonra hekimlere zorunlu hizmet konulması üzerine zorla Sağlık Ocakları'nda görevlendirilen hekimler, aslında yasaya göre *gönüllülük* esasına[4] göre görev alınması gereken sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağını bu kitaplardan öğrenmişlerdir.

Kuşkusuz Nevzat Eren dendiğinde akla önce *sağlık yönetimi* gelir. Bu alanda yalnızca kitaplar yazmakla kalmamış, *lisansüstü düzeyde* Sağlık Yönetimi programları oluşturulmasına da öncülük etmiştir.

Ancak Eren'in ilgi alanları sağlık yönetimiyle sınırlı değildir. Örneğin Eren, **Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan** kitabına yazdığı önsözde, bu kitabını bir *alıntılar kitabı* olarak tanımlamakta ve "okurken büyük haz aldığı yapıtları" biraraya getirdiğini ifade etmektedir.

Bu kitap tıp ve sağlığı *tarihsel ve toplumsal gelişim süreçleri* içinde anlatan ve tıbbi sosyoloji alanına hekim gözüyle bakan -ülkemizde yayınlanmış- nadir kitaplardan biridir.

Nevzat Eren'in ilgi alanlarından biri de meslek ahlakıdır. Meslek örgütünde gerek yönetici (Başkan), gerekse Yüksek Onur Kurulu üyesi olarak görev alan Eren'in, Gülten Uyer ile birlikte kaleme aldığı **Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı** başlıklı bir kitabı da bulunmaktadır.

Hekimlik kariyerinde Sıtma Savaş Bölge Başkanlığı da bulunan Eren'in ilgi alanlarından biri de bulaşıcı hastalıklardır. Bu konuda aralarında Onur Hamzaoğlu ile birlikte kaleme aldığı ve TTB yayınları arasında yayınlanan **Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıklar** başlıklı kitap ve diğeri **Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü** başlıklı kitapçık olmak üzere çok sayıda yayını bulunmaktadır. Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü kitapçığında mikropların keşfi ve *germ teorisinin* doğuşundan başlayarak hastalıkların *öyküleri* Eren'in edebi dili ile aktarılmıştır.

1982 yılında kaleme aldığı **Alma - Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri** broşüründe, Alma Ata'da kabul edilen bildirgenin temel ilkelerinin Türkiye'de uygulanmakta olan sosyalleştirme ilkeleriyle örtüştüğünü, bu anlamda Türkiye'nin DSÖ ve UNICEF'in 16 yıl önünde olduğunu göstermiştir[5].

Hekim eğitimiyle de ilgilenen Eren, 1981 yılında **Dünyada ve Türkiyede Hekimlik Eğitimi** isimli bir kitap yayınlamıştır. 1986 yılında, daha sonra TTB Merkez Konseyi Başkanlığı da yapmış olan ve çok genç yaşta yitirdiğimiz bir toplumcu tıp neferi olan **Füsun Sayek** ile birlikte kaleme aldığı **Tıp Eğitim Programları Hastalıkları** başlıklı çeviri-makalesinde, tıbbi-sanayi kompleks eline düşerek yaşamdan kopmuş, amacını ve hedefini yitirmiş tıp müfredatını mizahi bir dille eleştirmektedir[6].

Eren Çubuk'ta Sağlık Grup Başkanlığı yaptığı dönemde Türkiye'nin en önemli sağlık sorunları olan *akut solunum yolları enfeksiyonları ile gastro-enteritlere* yönelik özgün çalışmalara imza atarak, bu hastalıklarla mücadelede önemli tespitlerde bulunmuştur:

> "Klasik tıp eğitiminde gastro-enteritlerin tedavisinde hipo ve hipertonik dehidratasyon oluşumuna büyük özen gösterilmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için bu konuda aşağıdaki gerçekler göz önüne alınmalıdır:
>
> 1. Gelişmekte olan ülkelerde hipertonik dehidratasyon hemen hemen istisnaidir. Bu tür dehidratasyon bol inek sütü ile beslenen bebek ve çocuklarda görülür. Oysa bu ülkelerde bebek ve çocukların pek büyük bir yüzdesi emzirilmekte, inek sütüyle beslenenlerde ise, ekonomik nedenlerle inek sütüne bol su karıştırılmaktadır.
>
> 2. Hipotonik dehidratasyonda ise belirtiler son derece siliktir, önemli bir sakınca yaratmazlar.
>
> Bu nedenlerle gastro-enteritlerin erken tedavilerinde tek tür oral sıvı kullanılması önerilmektedir".

Nevzat Eren'in toplumcu tıp yaklaşımını yansıtması bakımından 1975 - 1978 yılları arasında Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanı olduğu dönemde yayınlanan **Çalışma Raporları** çok değerlidir. Bu raporlarda hizmet sunulan bölgenin *ekonomik durumu* başlığı altında, nüfus toprak sahipliği durumuna göre değerlendirilmektedir. Yine bölgede bulunan fabrika ve atölyeler ile diğer işyerlerinde çalışan işçilerin sayıları verilmiştir. Bütün bu veriler Eren'in sağlığa ve tıbba *toplumcu* bakışını yansıtmaktadır.

Her ne kadar bu verilerin morbidite ve mortalite üzerine etkileri Raporlarda ortaya konmamışsa da, örneğin aynı dönemde Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı tarafından yayınlanan Raporlar incelendiğinde, Çubuk'ta bireyler *toplumsal sınıf* (üretim araçları ile ilişkileri) bazında sınıflandırılırken, Etimesgut'ta *meslek* bazında değerlendirildiği gözlenmektedir. Etimesgut Raporları ailelerin % 67,1'ini "toprak ve hayvanla uğraşan" kategorisine toplarken, bunlardan kaçının o toprakta işçi, kaçının toprağın sahibi olduğunu belirtmemektedir. Özetle Eren, somut olarak kullanılmamış olsa bile toplumsal sınıfı toplumcu dünya görüşüne uygun bir şekilde (bireyin üretim araçlarıyla ilişkisi bağlamında) bir değişken olarak tanımlamaktadır.

KİŞİSEL ANILAR

Nevzat Hoca ile meslek odası çalışmalarında tanışma olanağı buldum. 1980'li yılların sonlarına doğru TTB etkinliklerine katılmak için Ankara'ya gittiğimde fırsat buldukça Hocamı görmeye çalışırdım. Ancak hocamla görece uzun sohbet edebilme olanağını, İzmir'de katıldığım ve kendisinin de ders anlattığı bir kurs[7] sırasında buldum.

Konak Sağlık Grup Başkanlığı'nda görev yapıyordum. Sosyalleştirmeye gönül vermiş birkaç arkadaş, Sağlık Ocakları'nda görevli meslekdaşlarımızla birlikte Konak ilçesinde "Nevzat Hoca'mızın kitabına uygun" bir hizmet sunmaya çabalıyorduk. Her ne kadar Sağlık Ocakları'nın bir kısmı hizmet için çok uygun olmasa da, İzmir ve Konak ilçesi en azından hekim personel bakımından Türkiye'nin en şanslı yerlerinden biriydi. Bu avantajı kullanarak elimizden geleni yapmaya çalışıyorduk.

Nevzat Hocam bu dönemde İzmir'e kurs için gelince, onun engin bilgi ve deneyimlerinden yararlanmak istedim. Kendisine karşılaştığımız sorunları anlatıyor, görüşlerini almak istiyordum. Ancak o kadar çok eksiğimiz - gediğimiz vardı ki, poliklinik hizmeti dışında hemen hiçbir şeyi "kitabına uygun" yapamıyorduk. Nevzat Hoca sonunda dayanamadı ve hala kulaklarımda çınlayan ve yeri geldiğinde benim de kullandığım şu cümleyi söyledi: "Bak evlat, YANLIŞIN BİLİMİ OLMAZ!"

Bizim yoksunluklarımızla sosyalleştirilmiş hizmetin temel direği olan *ev ziyaretlerinin* ve *gebe tespitleri ile gebe ve bebek izlemlerinin* olması gerektiği gibi gerçekleştirilmesi mümkün değildi. Bazı Sağlık Ocaklarında ya tek ebe vardı, ya da hiç yoktu. Ebe bölgeleri bir ebenin başa çıkabilmesi için çok büyüktü. Arkadaşlarımızın bütün özverili çabalarına karşın ziyaretler (ve dolayısıyla bu ziyaretlerde sunulan hizmetler) aksıyordu. Bir yanda biz bağışıklama çalışmalarını rutin çalışmalar arasında yürütmeye çalışırken, bir yandan Bakanlık *aşı kampanyalarıyla* bizi baltalıyordu.

Ve ben Hocam'dan bu sorunlara "çözüm" bulmasını istiyordum. Bunun üzerine Hocam bana yukarıdaki cümlesiyle bu koşulların YANLIŞ olduğunu, bu koşullarda değil sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti, hiçbir sağlık hizmetinin gerektiği gibi sunulamayacağını anlatmıştı.

Bugün görevlerimden biri İstanbul Tıp Fakültesi'nde hekim adaylarının Simüle Hasta Uygulamaları içinde iletişim ve anamnez alma becerilerini değerlendirmek. Kuşkusuz uygun bir anamnez ortalama 5 – 10 dakika alır. Öğrencilerimin bir kısmı bana, *gerçek yaşamda* hekimlerin randevu sistemi nedeniyle bir hastaya herşey için (anamnez, muayene, tanı ve tedavi önerme) en çok 5 - 7 dakika ayırmak zorunda olduklarını , dolayısıyla kendilerine öğrettiklerimizin *gerçek yaşamda* karşılığı olmadığını söyleyerek, "eğer bize birşey öğretmek istiyorsan Sağlık Bakanlığı'nın istediği gibi 5 dakikada hastayı muayene etmeyi öğret" demeye getiriyorlar.

İşte o zaman ben de öğrencilerime Nevzat Hocamın sözleriyle "5 dakikada hasta muayenesi olamayacağını, bunun YANLIŞ olduğunu ve bizim de Tıp Fakültesi'nde YANLIŞIN BİLİMİNİ yapamayacağımızı" söylüyorum.

OKUMA PARÇASI

14 MART' IN DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ

Dr. Nevzat EREN

Halk Sağlığı Uzmanı

Bir Anımsatma

1889'da İstanbul'da, Tıbbiye'de bir ilkbahar günü. Okulun bahçesinde Diyarbakırlı İshak Sukuti ile Erzurumlu İbrahim Temo, vatanı kurtarmak için ne yapmak gerektiğini tartışıyorlarmış. Yanlarına Bakulu Hüseyinzade Ali gelmiş. Bir zaman dinlemiş, dernek kurmaktan başka yol olmadığını söylemiş. İbrahim Temo sormuş: 'Nasıl kurulur böyle bir dernek?' ... Hüseyinzade Ali çevresine bakmış... Abdullah Cevdet, bir sıraya oturmuş kitap okumaktaymış... 'Su Arapkirliyle sen konuş' demiş. Sonra tek başına dalgın dolaşan Kafkasyalı Reşit'i göstermiş. 'Ben de Çerkezoğlu'nu razı ederim, dernek kurulmuş olur.' Hem de kurulmuş dernek, dediği gibi (Kemal Tahir, Yorgun Savaşçı).

Bu İttihat ve Terakki Cemiyeti'dir. Osmanlı İmparatorluğu'nun son yılları ile Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarına damgasını vuran bu derneği 5 tıp öğrencisi kurmuştur.

Bir Başka Anımsatma

19 Mayıs 1919' da bir vapur Samsun limanına yanaştı. İçindeki 15 kişi, vatanı kurtarmak için bilinmeyen bir geleceğe doğru yola çıkmıştı. Başkanları Mustafa Kemal Paşa idi. Paşa'nın yanında 3 de doktor vardı. Adları Refik Saydam, Abdülhak Adnan (Adıvar) ve Dr. Reşit'di. Onlar, Paşa'nın çevresindeki bir avuç yurtseverlerdendiler.

1980'li yılların başlarında halkın son derecede bozuk olan sağlık hizmetlerini düzeltmek için, bu sorunları zorunlu hizmetle halka koşan hekimler göğüslemişlerdir. Halkın her alanda hizmete gereksinmesi varken, yardımına yalnız hekimler koşmuşlardır. Özetle hekimler her zaman bu ülkenin alınyazısında belirleyici görevler üstlenmişlerdir.

Bu sözleri bir yıldönümünün coşkusu içinde söylenmiş sözler olarak değerlendirmemelidir.

2000'li Yılların Başlarında

Yeni milenyuma halk sayılamayacak kadar çok sorunlarla girmiştir. Sağlık alanındaki sorunlar ise, artık diz boyu ile ölçülemez büyüklüktedir. Sorunlar, sayılamayacak kadar çok, uzmanları ise daha da çoktur. Hiç kimse sağlık yönetimi ve sağlık planlaması diye bilim dalları olduğunu aklına getirmemektedir. Önüne gelen sağlık alanında "reform" ya da "devrim" yapma peşindedir. Bu kişilerin dillerinden "özel sektör" sözü hiç düşmemektedir.

Akıllarınca "özel sektör-güzel sektör"dür. Oysa özel sektörün sağlık sorunlarını daha da karmaşıklaştıracağı bilimsel kurullarca saptanmış ve açıklanmıştır. (Çalışma Grupları Raporları, T.C. Sağlık Bakanlığı yayını 1992, Ankara) Bir aile hekimliği sözü ortalıkta dolaşmaktadır. Ellerinde aile hekimliğinin görev tanımlaması ve görev analizleri (ne yapacakları) konusunda bir çalışmaları, bir hazırlıkları da yoktur. Bu çabalara "gayr-i ciddi" sıfatı kolayca yakıştırılabilir. Akıllarına "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" modelini işletmek gelmemektedir. İki alandaki büyük yanılgıları onları koşullandırmaktadır:

1. Bunlardan birincisi anılan örgütlenme modelinin kentlerde başarılı olamadığı yolundadır. Bu savın aslı-astarı yoktur. Bu örgütlenme modeli iyi uygulanan her yerde, bu arada kentlerde de çok başarılı olmuştur. Bunlar arasında Muğla, Edirne, Etimesgut, Çubuk sayılabilir.

2. Bu kişiler sağlık hizmetlerini devletleştiren devletlerin yeniden özel sektöre dönmekte olduklarını ileri sürmektedirler. Vazgeçemedikleri örnekleri de İngiltere'dir. Bu sav doğru değildir. Şimdiki hükümeti kurmuş bulunan İngiliz siyasal partisi, devletleştirmeye (sosyalizasyona) dönmek vaadinde bulunmuştur ve bunu gerçekleştirme çabasındadır.

Aile hekimliği ve sosyalleştirme konularında 200'ü aşkın uzmanın görüşü ve kararı, yukarda anılan Sağlık Bakanlığı yayınının 188'inci sayfasında şöyle açıklanmaktadır:

a. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin başarısız oluşu kuramsal yapısının eksikliği, ya da yanlışlığından değil, uygulamadaki hatalardan kaynaklanmaktadır.

b. Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri de kapsar ve bir ekip hizmetidir. Hizmeti tedavi edici ve koruyucu olarak ayıran ve bireysel çalışmayı getiren özel hekim statüsündeki aile hekimliği sistemi bir geriye gidiştir ve çağdaş sağlık anlayışına aykırıdır.

Devletin Katkısı

Halkı yanıltan iki durum daha belirtilebilir. Bunlardan birincisi devletin sağlık harcamalarına katkısı konusudur. İkide bir sağlık alanında devletin 10-13 milyon insanın sigorta primlerini karşılayacağı ileri sürülmektedir. Globalleşmeyi ve Avrupa standartlarını her konuda ileri suren bu "reformcular", Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarına hükümetlerin katkısının en az % 35 olduğundan, bu oranın Kuzey Avrupa ülkelerinde % 80'i aştığından hiç söz etmemektedirler. Halkı yanıltan diğer bir konu ise "devletin görevlerine" ilişkindir. Milli eğitimi hayırsever yurttaşlara, sağlık hizmetlerini ise halktan toplanacak primlere havale eden devlet, halkı doğrudan ilgilendiren başka hangi görevleri yapacaktır?

Özelleşen sağlık hizmetleri kar getirici değilse, özel sektör neden yatırım yapacaktır? Bu ülkenin en tanınmış özel hastanelerinden biri (Ankara'da) milletvekillerinin gelişleri bir nedenden kesilince iflas durumuna düşmüştür. Bu hastanenin iflası, milletvekilleri ve yakınlarının gelişleri sağlanarak önlenebilmiştir. Bunun anlamı, devlet desteğinin yeniden sağlanmasıdır.

Bayram mı, Yas mı

Ülkemizde 14 Mart "tıp bayramı" olarak algılanmaktadır. Günümüzden 23 yıl önce, bu satırların yazarı, Ankara Tabip Odası Başkanı olarak, 14 Mart töreninde yaptığı konuşmada, bu günün bayram olamayacağını, tersine yas tutulacak bir gün olması gerektiğini ileri sürmüştür. Durum günümüzde de farklı değildir.

Sağlık örgütünde çalışan emekçiler mutsuz, halk perişandır. Bu satırların yazarı son bir yıl içinde, biri İstanbul'da olmak koşuluyla, bir buçuk ayı aşkın süre hastanelerde yatmıştır. Her yattığı yerde de, birçok öğrencisi ile karşılaşmıştır. Bu öğrencileri O'na bir tür "özel davranışta" da bulunmuşlardır. Buna karşın bu bir buçuk ayı yazar dayanılmaz bir süre olarak anımsamaktadır. Türkiye'de hükümetlerin önem ve öncelik verdikleri yataklı tedavi kurumlarının, üniversite hastaneleri de içinde olmak koşulu ile, çok büyük bir çoğunluğunda durum içler acısıdır. Koruyucu hizmetler ise tam olarak durmuştur. Sağlık ocaklarında ya hekim yoktur, ya da "oturacak bir iskemle bulamayacak sayıda" çok hekim vardır. Bazı ocaklarda görevli hekimlerin kalabalık oluşları nedeniyle, haftada bir ya da iki gün ise geldiklerine insanın inanası gelmemektedir. Aksaklıklar saymakla bitmeyecek çokluktadır. Ancak, bu durumların sorumlusu olarak hekimleri almak doğru değildir. Bu durumu açıklamak başka bir yazının konusu olabilir.

Sonuç

Türkiye'de 14 Mart 2000 tarihinde sağlık hizmetleri görünüşünün aşağıdaki gibi bir özeti yapılabilir :

1. Devlet halkın sağlığını korumak ve bozulan sağlık durumunu düzeltmek görevlerini üzerinden atmak çabası içindedir.

2. Sağlık örgütünde yeterli sayıda ve deneyimli sağlık yöneticisi yok denecek kadar azdır.

3. Mezuniyet öncesi tıp ve sağlık bilimleri eğitimleri başarısızdır.

4. Duruma çözüm olarak sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulaması önerilmektedir. Açıkça bellidir ki devlet üzerinden atacağı hizmetleri kendisinin dışında bir örgüte yüklemek istemektedir. Özel sektör bu iş için uygun görülmüştür. Özel sektörün kar amacı gütmeksizin bu görevi yapması beklenemez. Sağlık sigortası bu üzerinden atma girişiminin finansmanını sağlayacaktır. Bu prim bir tür vergidir. Ödeyecek yurttaşlara karşılığında bir şeyler verilmesi düşünülmüştür. Aile hekimliği uygulaması masalı da, böylece gündeme gelmiştir.

5. Halk da hekimler ve sağlık personeli de büyük bir çoğunlukla durum hakkında yeterli bilgilenme düzeyinde değildir. Bunlara yeterli eğitim verilmemektedir. Onlar da özellikle aile hekimliğini sağlık sorunlarını çözmek için büyülü bir anahtar olarak algılamaktadır.

Eğer halk sağlığı bir bilimse, Türkiye'de bir çok halk sağlığı uzmanı da yazıda belirtilen konularda çalışmalar yapıyorlarsa, açıkça belirtmeliyiz ki genel sağlık sigortası ile aile

hekimliğinin uygulanması olanaklı değildir. Başarısızlığa uğrayacakları kesindir. Ancak başarısızlık kısa sürede görülmeyebilir.

Bu sorunların çözümü her durumda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinden geçmektedir.

35 yıllık bir halk sağlığı uzmanı olarak bu görüşleri yazdık, imzamızla onayladık. Zaman tanığımız olacaktır.

NOTLAR

[1] Türkiye'de toplumcu tıp alanında ilk adımları atan ve kendisinden sonraki kuşakların ilerleyebileceği yolların ilk taşlarını döşeyen Nusret Fişek, toplumcu tıbbı *toplum hekimliği* olarak tanımlamakta ve *geleneksel hekimliğin* karşısına koymaktadır. (Bu konuda detaylı bilgi için bkz: Fişek, 1981). 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi kurulduğunda, Tıp Fakültesi içinde Toplum Hekimliği Bilim Dalı da kurulmuş (12 Eylül faşist askeri darbesinden sonra bölüme dönüştürülmüştür) ve Nusret Fişek bu Bilim Dalı'nın başına geçmiştir.

[2] Bu dönemde faşistler ilerici, sosyalist TTB ve Tabip Odaları yöneticilerini tehdit etmektedirler. Nevzat Eren'e yönelik tehdit belge ve örneklerine *Bir Sağlık Sevdalısı: Prof. Dr. Nevzat Eren'den İleriye Kalanlar* kitabında yer verilmiştir. Bu dönemde İstanbul'da TTB Merkez Konseyi Üyesi Dt. Sevinç Özgüner faşistler tarafından düzenlenen silahlı bir saldırıda yaşamını yitirmiştir.

[3] Kitap internetten pdf formatında indirilebilir. http://ato.org.tr/yayinlar/kitaplar

[4] Sosyalleştirmede hekimlerin zorla görevlendirilmelerinin, sosyalleştirmeye onulmaz zararları olmuştur. Sağlık Ocakları'na zorla görevlendirilen hekimlerin bir kısmı, bu temel sağlık hizmeti kurumlarında sunulması gereken toplumcu tıp uygulamalarını benimseyememiş ve bölge insanlarını da yanlış veya eksik uygulamalarıyla sosyalleştirmeden soğutmuşlardır. Zaten bu tür sakıncalara neden olabileceği düşünülerek 224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası'nda bu hizmet, *gönüllü* bir hizmet olarak tanımlamıştır.

[5] Türkiye'de sağlık hizmetleri 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile sosyalleştirilmiş olmasına karşın, 1963 – 1968 yılları arasındaki ilk 5 yılda planlanan 1500 Sağlık Ocağı'ndan yalnızca 890'ı programa alınabilmiş ve bunlardan da sadece 561 tanesi (% 37,4) hizmete açılmıştır. 1965 sonrası Türkiye İşçi Partisi'nin çabalarıyla rafa kaldırılamayan sosyalleştirme uygulamaları, birkaç yıl sonra 12 Mart faşizmiyle duraklamıştır. 12 Mart hükümetleri ve izleyen Milliyetçi Cephe hükümetleri sosyalleştirmeyi (yasası yürürlükte olmasına karşın) rafa kaldırarak, yeniden sağlıkta özelleştirme ve piyasalaştırmayı savunan 1960 öncesi Demokrat Parti politikalarına geri dönmüşler ve sağlıkta "eşitlikçi, evrensel" bir model yerine, sosyal güvenceye dayalı "eşitliksizci, korporatist" bir model benimsemişlerdir.

"Toprak işleyenin, su kullananın" sloganıyla 1978 yılında iktidara gelen Ecevit hükümeti, aslında tamamen sahipsiz bırakılmış sosyalleştirmeyi yeniden canlandırabilmek amacıyla bazı adımlar atmıştır. Bunlardan en önemlisi Tam Gün Yasası'dır. 1975 yılında Milliyetçi Cephe tarafından neredeyse tamamen boşaltılan Sağlık Ocaklarına (sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilebildiği 26 ildeki Sağlık Ocaklarındaki hekim kadrolarının sadece % 36'sı doluydu) yeniden sağlık emekçileri yerleştirilmeye başlamıştır.

Bu dönemde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF, Sovyetler Birliği'nin Alma Ata kentinde 1978 yılında uluslararası bir Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı düzenlemiştir. Bu

konferansta DSÖ yalnızca 1948 yılında kuruluş belgesinde yer alan sağlığın yalnızca hastalık ve sakatlığın yokluğu olmayıp, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik hali olduğu şeklindeki sağlık tanımını yeniden onaylamakla kalmamış, bu kez bu tanıma uygun bir sağlık örgütlenmesinin temel ilkelerini de sıralamıştır.

Nevzat Eren 1982 yılında kaleme aldığı **Alma - Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri** broşüründe, Alma Ata'da kabul edilen bildirgenin temel ilkelerinin Türkiye'de uygulanmakta olan sosyalleştirme ilkeleriyle örtüştüğünü, bu anlamda Türkiye'nin DSÖ ve UNICEF'in 16 yıl önünde olduğunu göstermiştir.

[6] Makalede sıralanan müfredat (curriculum) hastalıklarının isimleri:

1. Curriculosklerosis
2. Curriculum carsinoması
3. Curriculoarthritis
4. Curriculum malasie
5. Yatrojenik curriculitia
6. Curriculum hypertrophy – Curriculomegali
7. İdiopathic curriculitis
8. İntercurrent curriculitis
9. Curriculum ossification

[7] Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü'nün İzmir'de 21 – 25 Aralık 1998 tarihlerinde İzmir Sağlık Müdürlüğü için düzenlediği **Orta Kademe Yönetim** kursu.

KAYNAKLAR

----------. (2000). *Nevzat Eren'i Anma Konuşması.* Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı: 3.

Akalın MA. (2012). *Sosyalleştirmenin İdeolojisi*. http://istanbul.academia.edu/MehmetAkifAkal%C4%B1n/Teaching/32767/SOSYALLESTIRMENIN_IDEOLOJISI

Ankara Tabip Odası (2010). *Bir Sağlık Sevdalısı: Prof. Dr. Nevzat Eren'den İleriye Kalanlar.* Ankara: ATO Yayınları.

Aşut Ö. (-----). *Nevzat Eren'in Anısına*. http://www.ttb.org.tr/TD/TD60/6016.html

Belek İ. (2011). *Che'nin Yolu, Sosyal Tıbbın ve Toplumcu Hekimliğin Yoludur*. http://haber.sol.org.tr/yazarlar/ilker-belek/che-nin-yolu-sosyal-tibbin-ve-toplumcu-hekimligin-yoludur-40510

Eren N. (1982). *Gastro-enteritlerin Ülke Düzeyinde Önemleri ve Tedavi Edilmelerinde Yeni Bir Yaklaşım*. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayın No:6.

Eren N. (1982). *Alma - Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Bölümü Yayını. No: 18.

Eren N ve Sayek F (1986). *Tıp Eğitim Programları Hastalıkları*. Toplum ve Hekim, 41: 17 – 22.

Eren N. (1989). *Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü*. Ankara: H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayını. No: 89/47. Kısa Dizi No: 8.

Eren N. (2000). *14 Mart'ın Düşündürdükleri*. Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı: 3.

Eren N. (1996). *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan.* Ankara: Somgür.

Fişek N. (1981). *Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliği'nin İlk 15 Yılı.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Bölümü Yayını. No: 16.

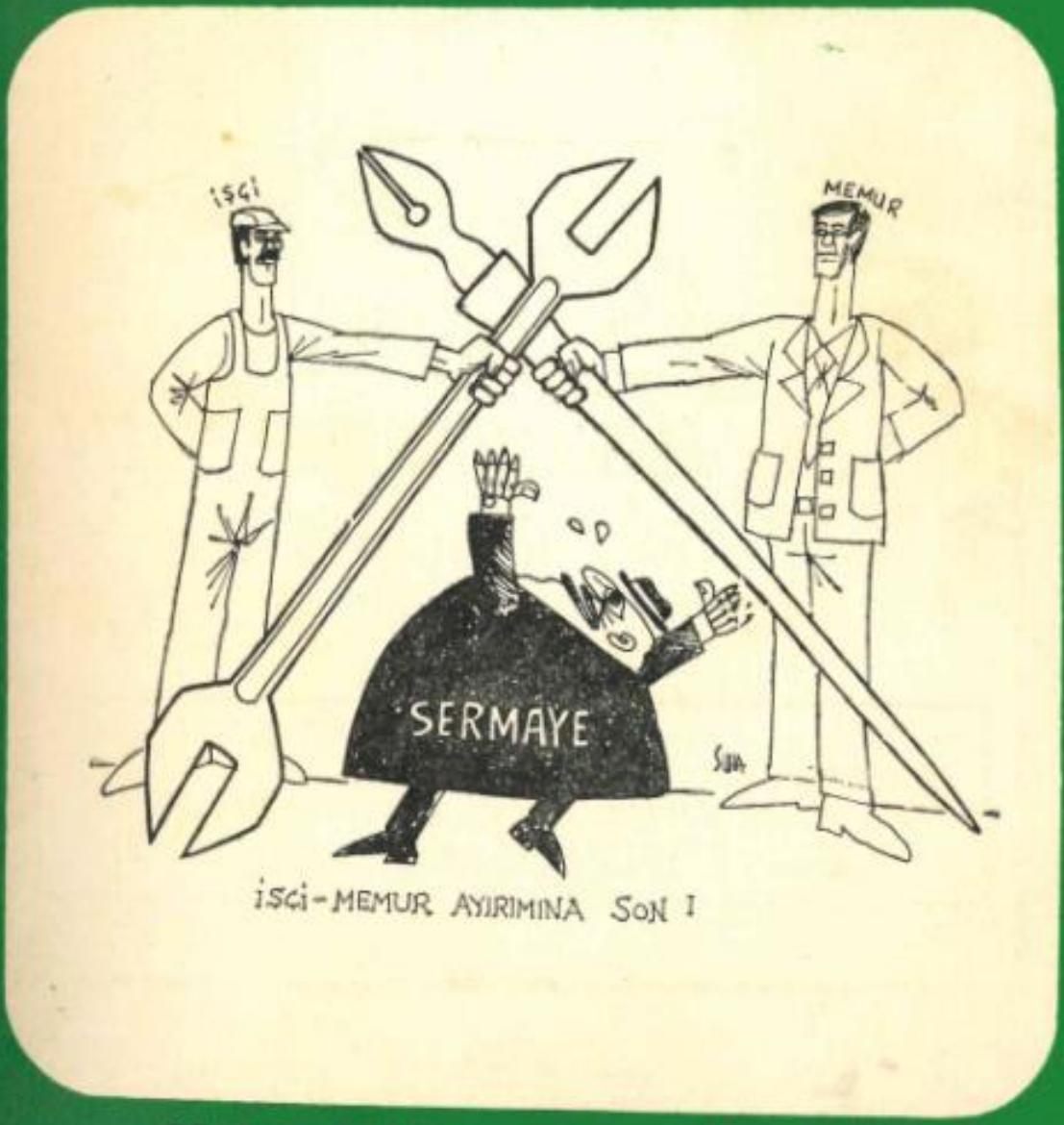
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü (1973). *Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin 1970 – 1972 Yılları Faaliyet Raporu.* 2. Rapor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü (1977). *Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin 1973 – 1975 Yılları Çalışma Raporu*. Ankara: Ayyıldız.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı (----). *Çubuk Bölgesi 1977 Çalışma Raporu*. Ankara: Sevil.

ANKARA VE İZMİR TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



İŞÇİ-MEMUR AYIRIMINA SON !

OCAK 1977 / SAYI 15 - 16 / YIL 2 / FİATI 20 TL.